

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 5 | Sonntag, den 1. März 1931 | 28. Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildg. 28. Jahrg. | Nr. 5 | S 137—172. Jena, 1. 3. 1931

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2 mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: *1) Dr. S. Meyer & Co., Berlin,* betr. Trivalin. *2) Verlag Gustav Fischer in Jena,* betr. „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“ hrsg. von E. Riecke.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- und Auslande. — **Anzeigen:** die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Notizen.

Die Menschen werden älter. Die evangelische Kirchengemeinde Nümbrecht im Wuppertal gab eine interessante Statistik heraus. Von den im Jahrzehnt 1920/30 verstorbenen 680 Gemeindemitgliedern waren 48 Kinder bis zu einem Jahre (7 Proz.), 30 Kinder im Alter von 1—15 Jahren (4,4 Proz.), 41 Personen im Alter von 15—30 Jahren (6,3 Proz.), 192 Personen im Alter von 30—65 Jahren (28,24 Proz.), 335 Personen im Alter über 65 Jahre (49,26 Proz.). Die Hälfte der Bevölkerung erreichte also ein Alter über 65 Jahre, während aus den Aufzeichnungen vor 100 Jahren zu ersehen ist, daß damals nur 7 Proz. über 65 Jahre alt wurden, während fast die Hälfte schon im Alter bis zu 15 Jahren, also noch im Kindesalter starben.

Ein zeitgemäßer Vergleich. Die Zeitschrift des amerikanischen Roten Kreuzes brachte kürzlich zwei typische Abschiedsbilder. Das eine zeigte amerikanische Soldaten, die zum Transport in den Weltkrieg abrücken und mit ernster Miene von ihren weinenden Eltern Abschied nehmen. — Auf dem zweiten Bilde ist ein fröhliches junges Paar zu sehen, das zu einem Auto eilt, während die Eltern lustig hinter ihm herwinken. Unter den beiden Bildern steht folgendes Kommentar: „Im Weltkrieg 1917/18 fielen 37568 Amerikaner." Unter dem zweiten: „Im Jahre 1929 wurden 33061 Amerikaner vom Auto getötet."



Notizen.

Eine Bitte des Deutschen Hygiene-Museums. Die Entwicklung der volkstümlichen Gesundheitspflege, — insbesondere der „Lebensreform" im weitesten Sinn — im 18., 19. und 20. Jahrhundert bildet ein so wichtiges Kapitel der Gesundheitspflege überhaupt, daß es längst dringend not tut, alle darüber noch erreichbaren Unterlagen zu sammeln. Wertvolles Material schlummert zum Teil seit Jahrzehnten in den Büchereien von Vereinen für Gesundheitspflege, Vegetarier-, Naturheilvereinen usw., ohne je benutzt zu werden, und es besteht die große Gefahr, daß es über kurz oder lang in die Papiermühlen wandert. Schon seit Jahren hat sich deshalb die wissenchaftliche Leitung des Deutschen Hygiene-Museums bemüht, in der Bücherei und dem Archiv des Museums alles Erreichbare zu sammeln und hat auch schon einen ganz ansehnlichen Grundstock zusammenbringen können. Noch aber sind die Lücken groß, wertvollste Schriften waren schon öfter nicht mehr aufzutreiben. Deshalb ergeht an alle in Frage kommenden Vereine, Einzelpersönlichkeiten usw. die dringende Bitte, einschlägige Bücher, Zeitschriften, Kalender, Flugblätter usw. aus dem In- und Ausland dem Deutschen Hygiene-Museum stiftungsweise zu überlassen und sie auf diese Weise der Allgemeinheit zugänglich zu machen und zu erhalten. Es gibt ja keine Stelle, die dafür so geeignet wäre wie gerade das Deutsche Hygiene-Museum (als Zentralinstitut für Volksgesundheitspflege). Käuflicher Erwerb, das sei ausdrücklich bemerkt, kommt wegen Mangels an Mitteln leider nicht in Frage. In gleicher Weise bittet das Hygiene-Museum darum, ihm sonstiges Material hygienischer Art, das der Allgemeinheit zu erhalten wichtig erscheint, zu übermitteln. Es kommen hier z. B. in Betracht Präparate, Gebrauchsgegenstände, Anschauungsmittel (insbesondere solche von historischem Interesse), wie sie vielfach im Privatbesitz ein unbeachtetes Dasein führen und oft genug der Vernichtung anheimfallen. Wer in der Lage und bereit ist, dem Deutschen Hygiene-Museum hierbei zu helfen, den bitten wir, sich mit uns in Beziehung zu setzen. Dankbar sind wir insbesondere auch für Hinweise, wo einschlägiges Material zu finden sein dürfte. Die Namen der Stifter werden in der vom Deutschen Hygiene-Museum herausgegebenen Zeitschrift „Hygienischer Wegweiser" bekanntgegeben.

Giftschlangen

und die

Serumbehandlung der Schlangenbisse

Von

Prof. R. Kraus und **Prof. Fr. Werner**

Santiago de Chile Wien

Mit 98 Abbildungen im Text

Notizen.

Galens Geburtstag vor 1800 Jahren. Im Jahre 130 n. Chr. wurde in Pergamon Galen geboren. Sein Vater Nion, Architekt und Philosoph, ließ dem Sohn eine gute Erziehung angedeihen. In früher Jugendzeit schon entschied sich der junge Galen für die Heilkunde. Mit 17 Jahren begab er sich zu diesem Zwecke auf die Wanderschaft; zeitweise weilte er im folgenden Jahrzehnt seines Lebens auch an der damals berühmten Medizinschule in Alexandria. 158 wurde Galen in seiner Heimat Gladiatorenarzt, später ging er nach Rom, wo er lange Jahre Marc Aurels ärztlicher Berater war. Im Jahre 201 starb Galen. Seine schriftstellerische Tätigkeit war sehr lebhaft, er erwarb sich mit den Jahren eine große Autorität in allen Fragen der Heilkunde. Galens anatomische und physiologische Studien waren durch Jahrhunderte hindurch von Geltung und für die Medizin richtungweisend. Am lebendigsten hat sich Galens Name bis in unsere Tage in den sogenannten „galenischen" Präparaten erhalten. Galen selbst verordnete viele pflanzliche Drogen, ja er kombinierte seine Mittel, was für die damalige Zeit als bemerkenswert bezeichnet werden muß. Nennt die Geschichte Hippokrates, der ein halbes Jahrtausend vor Galen lebte, den „Vater der Medizin", so könnte man Galen den „Vater des physiologischen Experiments" nennen.

Mit **Antiphlogistine** wurden im Franz Josef-Spital, Wien X, II. medizinische Abteilung, Vorstand: Prof. Dr. A. Decastello, günstige Erfolge erzielt bei Pleuritis sicca. Es wirkte überraschend schmerzlindernd und erleichterte dadurch die Atmung wesentlich. In drei Fällen führte es nach 48 stündiger Applikation zum Verschwinden des Reibens, zu subjektivem Wohlbefinden und es kam zu keiner Exsudatsbildung. Hervorgehoben wird ein Fall von chronischer Polyarthritis rheumatica mit Schwellung der Sprung-, Knie- und Handgelenke und starker Schmerzhaftigkeit derselben, so daß Patient mit 2 Stöcken nur mühsam gehen konnte. Durch Antiphlogistine konnte weitgehende Besserung erzielt werden, so daß Patient, der vorher 5 Wochen mit Antirheumatica, wie Aspirin 4—5 täglich, Atophanyl 10 ccm täglich i. V., täglich Heißluft u. dgl. behandelt wurde, nach achttägiger Antiphlogistinebehandlung das Spital zu Fuß verließ. Antiphlogistine wurde dabei abwechselnd auf verschiedene Gelenke appliziert, wodurch die günstige Veränderung deutlich sichtbar wurde.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

28. Jahrgang | Sonntag, den 1. März 1931 | Nummer 5

Zum 25jährigen Jubiläum
des
Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen.

Am 1. März 1906 wurde das Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen eingeweiht. Wohl nie hat ein medizinisches Institut eine derartig glänzende Versammlung in seinen Mauern gesehen wie das Kaiserin Friedrich-Haus bei seiner Eröffnung. Findet auch die Feier seines 25 jährigen Bestehens in wesentlich bescheidenerem Rahmen statt, so hat es doch nichts von seiner



inneren Bedeutung verloren. Es ist wie damals der örtliche Mittelpunkt für das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland. Es ist der Sitz des Reichsausschusses und des Preußischen Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen sowie der Redaktion dieser Zeitschrift. Das ärztliche Fortbildungswesen, so wie es in Deutschland aufgefaßt wird, dient zwei hauptsächlichsten Zielen, einmal der Vervollständigung ärztlichen Könnens und Wissens an sich und zum anderen der Hebung der Volksgesundheit durch die bessere Ausbildung des Arztes. Über 8000 Ärzte, d. h. fast ein Fünftel der gesamten deutschen Ärzteschaft, nimmt jährlich an den vom Reichsausschuß und seinen Unterorganisationen gebotenen Veranstaltungen teil. Kein Land der Welt hat ein derartig ausgedehntes ärztliches Fortbildungswesen. Das Kaiserin Friedrich-Haus als Mittelpunkt dieses Fortbildungswesens kann mit Stolz und Befriedigung auf die in 25 Jahren geleistete Arbeit zurückblicken. Möge es ihm vergönnt sein, auch in den kommenden Jahren im gleichen Sinne an dem Ausbau ärztlichen Könnens und an der Hebung der deutschen Volksgesundheit mitzuwirken. Adam.

Abhandlungen.

Aus der Nervenklinik der Charité Berlin.

1. Psychopathologisches aus der Nachkriegszeit[1]).

Von

K. Bonhoeffer.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Wenn wir heute auf 12 Jahre nach Abschluß des Krieges zurückblicken, so hat es nicht nur für den Psychiater, sondern vielleicht auch ein gewisses allgemeines Interesse zu sehen, wie sich die psychopathologischen Auswirkungen, die wir während der 4 Kriegsjahre kennengelernt haben, in den Nachkriegsjahren gestaltet haben.

Das Ergebnis der psychiatrischen Kriegserfahrungen ging bekanntlich in der Hauptsache nach zwei Richtungen. Zunächst haben wir in ätiologischer Beziehung zugelernt durch das Studium der bei den im Felde stehenden Truppen in Erscheinung tretenden Schädigungen. Der Krieg hat hier eine wesentliche Klärung vor allem in Fragen der exogenen Bedingtheit von Psychosen und psychopathologischen Zuständen gebracht, so für die Frage, inwieweit Erschöpfungseinflüssen, infektiösen Schädigungen, Schädeltraumen, inwieweit dem Schreck, plötzlichen starken Sinneseindrücken und anderen einmaligen oder wiederholten und andauernden emotionalen Erlebnissen eine pathogene Bedeutung in psychopathologischer Beziehung zukommen. Diesen Einflüssen wurde vor dem Kriege von mancher Seite bekanntlich gerade für die Entwicklung jener Psychosen, die das Hauptkontingent der Anstalten bilden — die großen Formenkreise des Manisch-Depressiven, der schizophrenen und paranoiden Erkrankungen — noch eine erhebliche ursächliche Bedeutung beigelegt. Der Krieg hat hier ein Beobachtungsmaterial geliefert, wie es bis dahin der wissenschaftlichen Betrachtung noch nicht geboten war. Daß die Erfahrung im wesentlichen dahin ging, daß diesen Schädigungen eine ursächliche oder auslösende Bedeutung für diese Erkrankungen nicht zukommt, ist fast allgemein anerkanntes Kriegsergebnis. Ich erinnere an die großen Zahlen von akuten Infektionskrankheiten, Ruhr, Grippe, Typhus usw. Es wurden weder bei ihnen, noch an dem großen und einzigartigen Erschöpfungsmaterial in den Lagern der 10000 gefangenen Serben, an der eingeschlossenen Besatzung der Festung Przemysl, trotz der schwersten körperlichen Erschöpfungs- und Aushungerungskrankheiten bei Tausenden von Soldaten Psychosen des obengenannten Charakters in einem irgend die Wahrscheinlichkeitsziffer des Friedens übersteigenden Umfang beobachtet, und schließlich haben auch unsere eigenen Hungerjahre von 1916 bis 1921 keine Mehrung dieser Psychosen gebracht. Ich erinnere weiter an die Erfahrungen aus den Hirnverletztenstationen, bei denen auch recht einheitlich festgestellt werden konnte, daß auch schwere Schädeltraumen die Psychosen endogenen Charakters in keiner die Erwartungsziffer irgendwie übersteigenden Zahl hervorriefen. Endlich möchte ich Sie bei der Frage der pathogenen Bedeutung der Schreck- und Schockwirkung, an die wie mir scheint, besonders klärenden gegensätzlichen Beobachtungen in den Gefangenenlagern und bei den Truppenlazaretten erinnern. Bei den Insassen der Gefangenenlager, auch wenn sie unmittelbar aus den schwersten Granatfeuererschütterungen in die Gefangenschaft kamen, nichts von nervösen Zitterstörungen, den bekannten andauernden hysterisch deliranten Dämmerzuständen und puerelistischen Pseudodemenzbildern, die man in den Nervenlazaretten hinter der Front in großen Zahlen zu sehen bekam und die in derselben Weise hinter der französischen Front zu sehen waren[1]). Mörchen hat bei 40000 Gefangenen, in der Hauptsache aus den Verdunkämpfen stammend, nur 4 hysterische Reaktionen gesehen, von denen bei 3 der Austauschwunsch nach der Schweiz als hysteriebildend in Betracht kam. Also bei den im Sturmangriff gefangenen, nunmehr der Kriegsgefahr enthobenen Soldaten im wesentlichen dieselbe Erfahrung wie bei den elementaren Erdbebenkatastrophen: vorübergehende vasomotorische Störungen, kurz dauernder Emotionstupor, die Entwicklung hysterischer Bilder nur hinter der Front, wo Selbsterhaltungs- und Sicherungswünsche sich wirksam zeigen. Die Bedeutung all dieser Beobachtungen für die Begutachtungspraxis liegt auf der Hand. Daß auch bei diesen starken psychischen Einwirkungen nichts von einer verstärkten Neigung zum Auftreten von Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises beobachtet wurde, sei noch erwähnt.

Nach diesen Ergebnissen ist es nicht zu verwundern, daß die Zahlen der Geisteskrankheiten in dem engeren vorhin präzisierten Sinne sich nicht irgendwie wesentlich gegenüber den Aufnahmeziffern des Friedens änderten. Das haben auch die Erfahrungen der Kliniken im wesentlichen ergeben. Dasselbe scheint sich auch für die französischen Erfahrungen zu bestätigen, wie sich aus den Antworten auf die Umfrage der französischen Psychiater Rodier und Fribourg-Blanc[2]) ergibt. Es mag in diesem Zusammenhang auf die vom Preußischen Ministerium des

[1]) Vortrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Berlin.

[1]) Vgl. die Verhandlungen der Pariser neurologischen Gesellschaft 1916. Revue neur.

[2]) La folie et la guerre 1914—1918, Paris 1930.

Innern im Jahre 1918 angestellte Erhebung über die Aufnahmen von Geisteskranken in Anstalten hingewiesen werden. Es ergab sich eine fast unwahrscheinliche Übereinstimmung der Zahlen der Jahre 1913 und 1917 (25 241 : 25 121), jedenfalls aber nichts von einer Zunahme der Gesamtzahlen. Man kann den Einwand machen, daß diese an großen Zahlen gewonnenen Ergebnisse für die Verursachung des einzelnen Falles von Geisteskrankheit wenig beweisen. Eine gewisse Zunahme der Erkrankungen könnte bei den großen

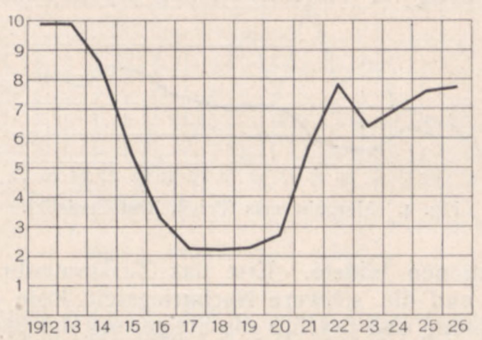


Fig. 1. Alkoholismus in Prozenten der Gesamtaufnahmen (Preuß. Med.-Statistik).

Zahlen und bei der Mangelhaftigkeit der Statistik der Geisteskranken verborgen bleiben, ließe sich also nicht ausschließen. Das ist an sich richtig und es sind selbstverständlich in jedem Einzelfall die Sonderverhältnisse zu prüfen. Aber es ist nötig zu sagen, daß man bei einem langjährigen Überblick über sein Krankenmaterial erfahrungsgemäß auch ohne unmittelbar Statistik zu treiben, einen ziemlich scharfen Blick für die quantitativen Änderungen in den Zugangsziffern der einzelnen Erkrankungen bekommt. Das hat gerade auch die Beobachtung der Aufnahmen im Kriege und in der Nachkriegszeit beim Alkoholismus, den Psychopathien, dem Morphinismus, Kokainismus, den Polyneuritiden und der multiplen Sklerose gelehrt.

Damit komme ich zu der zweiten, der positiven Seite, in der wir die Kriegseinflüsse psychiatrisch sich auswirken sahen. Ich meine die Einwirkung der durch den Krieg veränderten Lebensbedingungen auf bestimmte Erkrankungen und bestimmte konstitutionelle Typen.

Was sich qualitativ im Krieg in den Aufnahmen bald augenfallig änderte, waren die Zugangsziffern an Alkoholismus.

Daß es sich dabei um unmittelbare Wirkungen der durch den Krieg veränderten Umweltbedingungen handelte, war klar. Ich möchte Ihnen an der Kurve (Fig. 1), die das Verhältnis der Gesamtaufnahmen zu den Alkoholismusaufnahmen im Staate Preußen wiedergibt, zeigen, wie die bis zum Kriegsende und auch noch im Jahre 1919 bis auf 2 Proz. der Gesamtaufnahmen herabgegangenen Alkoholismusaufnahmen dann schnell wieder ansteigen. Die kurze Phase des Absinkens der Kurve von 7 auf $5^1/_2$ ist wohl auf den Währungsübergang zurückzuführen. Wir sehen ein solches Herabgehen des Alkoholismus stets als eine unmittelbare Folge jeder Alkoholsteuererhöhung und damit der Preissteigerung der alkoholischen Getränke. Im Jahre 1926 steht die Aufnahmeziffer den Zahlen der Vorkriegszeit wieder sehr nahe. Trotzdem wäre es unzutreffend, daraus den Schluß zu ziehen, daß wir jetzt hinsichtlich des Alkoholismus wieder auf dem Niveau von 1912 und 1913 stünden, wie es vielfach in der Literatur dargestellt wird. Was in der Kurve nicht zum Ausdruck kommt, ist das, daß wir es heute mit einer anderen Art von Alkoholismus zu tun haben; der chronische Alkoholismus ist unzweifelhaft stark im Abnehmen begriffen, das zeigt die Kurve nicht. Ich verweise zum Beweis dessen auf die Kurve 2 des Delirium tremens, das der beste statistische Indikator für die Stärke des chronischen Alkoholismus ist. Tatsächlich ist das Delirium tremens zu einer fast seltenen Erkrankung geworden. Wenn ich an das klinische Material aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts und Anfang dieses Jahrhunderts in Königsberg, Breslau und hier in Berlin denke, wo täglich einer oder mehrere Deliranten zur Aufnahme kamen, so ist der Unterschied außerordentlich. Die Zahl der Deliranten betrug z. B. in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in der Charité 39 Proz. der Gesamtaufnahmen, heute ist sie nicht mehr 1 Proz. Auch die berufliche Zusammensetzung dieses Delirantenmaterials ist bemerkenswert. Während früher neben den im Alkoholgewerbe Tätigen die Außenarbeiter, vor allem Bau-, Erdarbeiter und Kutscher das Hauptkontingent der Deliranten stellten, sind es jetzt, man kann sagen fast ausnahmslos, die im Gastwirtsgewerbe tätigen Personen, die an Delirium erkranken, so daß man sagen kann, das Delirium tremens ist zur Zeit fast lediglich eine Berufskrankheit des Alkoholgewerbes geworden. Mit dieser Erfahrung stimmt überein, daß in dem letzten Jahrzehnt der Alkoholkonsum von 4,2 auf 0,8 Liter pro Kopf und Jahr zurückgegangen ist. Das was in der Alkoholismus-

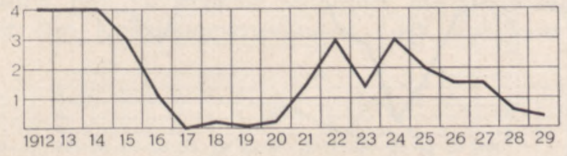


Fig. 2. Delirium tremens (Klinik).

kurve der Medizinalstatistik zum Ausdruck kommt, ist offenbar überwiegend akuter Alkoholismus, vor allem pathologische Rauschzustände, deren Häufigkeit vielleicht mit der herabgesetzten Alkoholtoleranz der trinkentwöhnten Nachkriegsbevölkerung zusammenhängt. Hinzu kommt, daß die verstärkte Fürsorgetätigkeit und die Geneigtheit in der Zeit der Arbeitslosigkeit Kliniken und Krankenhäuser aufzusuchen, auch leichtere Formen des Alkoholis-

mus in die Anstalten bringt. Daß wir wieder zu einem Anstieg der schweren chronischen Alkoholismusformen in früheren Ausmaßen gelangen, ist mir unwahrscheinlich, denn es besteht schon vor Beginn des Jahrhunderts eine ausgesprochen abnehmende Tendenz in dieser Richtung. Immerhin bleibt die Tatsache, daß der unter Kriegseinflüssen fast verschwundene Alkoholismus doch wieder ein wesentliches Konstituens unseres Krankenmaterials geworden ist.

Ebenso in die Augen springend, aber wichtiger und verhängnisvoller war eine andere Auswirkung der Kriegseinflüsse. Sie betraf die große Gruppe derjenigen Individuen, die durch Abweichungen und Unausgeglichenheiten auf dem Gebiete der Persönlichkeitsentwicklung, des Charakters, der Willensleistung, der Affektivität und Gemütsreaktion, der Phantasie und des Trieblebens bei zureichender oder verminderter Intelligenz Anpassungsschwierigkeiten im Leben zeigen, mit einem Wort: die Psychopathien. Die zweifache Bedeutung, die das Kriegserlebnis für den einzelnen hatte, einerseits in der Hebung des Persönlichkeitsgefühls durch das Bewußtwerden der vom einzelnen für die nationale Lebens- und Kulturgemeinschaft geforderten Leistung, andererseits in der psychischen Beunruhigung, die die Erregung des Selbsterhaltungstriebes, wie sie das Bedrohtsein der eigenen Existenz mit sich bringt, wirkte sich bei den Psychopathen in besonderer Stärke aus. Für einen Teil bedeutete der Krieg ein Stimulans, das den bis dahin an sich oder der Umwelt Leidenden über sich und seine Beschwerden hinausführte, zum mindesten vorübergehend, aber zum Teil auch dauernd. Jeder Arzt kennt Beispiele dieser Art aus seiner Psychopathen-Klientel. Bemerkenswert in dieser Richtung ist das Verhalten der Psychopathen unter den Frauen während des Krieges. Die Frauenaufnahmen an Hysterie und psychopathischen

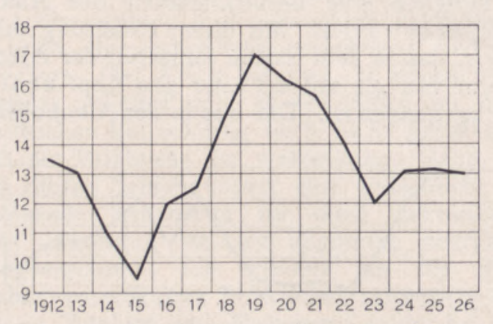


Fig. 3. Psychopathus der Frauen (Hysterie und Neurasthenie der Med.-Statistik).

Reaktionen nahmen mit Kriegsbeginn bemerkenswert ab. Ich zeige Ihnen die Zahlen der Preußischen Medizinalstatistik (Fig. 3). Die Rubriken Hysterie und Neurasthenie enthalten wohl den Hauptanteil der uns interessierenden psychopathischen Zustände, wenn auch im einzelnen manches diagnostisch nicht Einwandfreie darunter sich befinden mag. Der Prozentsatz dieser Psychopathien bei den Frauen geht zunächst in den Jahren 1914 und 1915 unter den Friedensprozentsatz stark herunter, von 13 Proz. auf 9,5 Proz. Erst vom Jahre 1918 ab überschreitet sie den Friedensprozentsatz, geht im Jahre 1919 auf 17 Proz. und erreicht nach einer kurzen Schwankung im Jahre 1923 den Friedenssatz wieder vom Jahre 1924 ab. Man wird das so deuten dürfen, daß die seelische Anspannung der Frauen während der Kriegszeit, ihre starke Heranziehung zur Mitarbeit mit dem Gefühl der Verantwortlichkeit, eine Hemmung für die Entwicklung psychopathischer

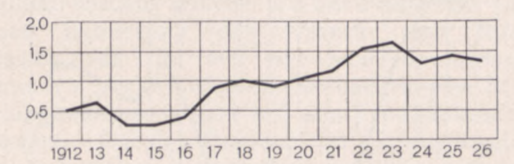


Fig. 4. Morphinismus (Preuß. Med.-Statistik).

Reaktionen bildete. Erst das Zusammenbruchsjahr und die schwere Nachkriegszeit löste diese Spannung und brachte die Steigerung der psychopathischen Reaktionen.

Die günstige Auswirkung des Krieges auf die Psychopathien tritt aber doch ganz in den Hintergrund gegenüber den Schädigungen. Denn für die große Mehrzahl der männlichen Psychopathen war die Kriegskonstellation mit den starken Anforderungen an die Persönlichkeit von vorn herein oder mit der Zeit der Anstoß zum Konflikt, zur krankhaften Reaktion und vor allem zur Flucht in die Krankheit. Die Verhältnisse lagen im Kriege bei den männlichen Psychopathen im wesentlichen umgekehrt wie bei den Frauen. Die Hysterien, die man sonst auf den Frauenstationen suchte, füllten bald nach den ersten Kriegsmonaten die Männerstationen, und man konnte im Fortgang des Krieges ihr zunehmendes Anwachsen feststellen, das in den Kliniken bis zum drei- und mehrfachen der Vorkriegszeit ging. Die Zahlen der männlichen Psychopathen im Krieg voll zu fassen, ist nicht möglich, da sie sich nicht allein in den Lazaretten hinter der Front und in der Heimat unter den Arbeitsverwendungsfähigen, sondern ebenso in den Militärgefängnissen, unter den Überläufern und Fahnenflüchtigen fanden. Es ist ja kein Zweifel, daß durch die lange Dauer des Krieges, durch Hunger und Erschöpfungseinflüsse und durch den andauernden psychischen Druck der Kriegsjahre psychopathische Veranlagungen auch leichtester Art, die unter normalen Lebensverhältnissen sicherlich durchaus angepaßt geblieben wären, zu pathologischen Reaktionen gelangten.

Daß sie im letzten Kriegsjahr in die vielen Zehntausende gingen und ein nicht unwesentliches Moment zum Defaitismus hinter der Front bildeten, ist kaum zweifelhaft.

Was ist aus diesen Psychopathen in der Nachkriegszeit geworden? Die plötzliche Umstellung,

die das Kriegsende und die Revolution bei einem nicht kleinen Teil der sogenannten Kriegsneurotiker brachte, ist bekannt. Viele Nervenlazarette entleerten sich mit der Lösung der Disziplin rasch spontan, gelegentlich unter Revolten. Die meisten gingen wohl nach Hause, viele bis dahin scheinbar schwer Leidende vergaßen ihr Leiden und wurden recht aktive revolutionäre Funktionäre in den Soldatenräten. Ich erinnere an die Mit-

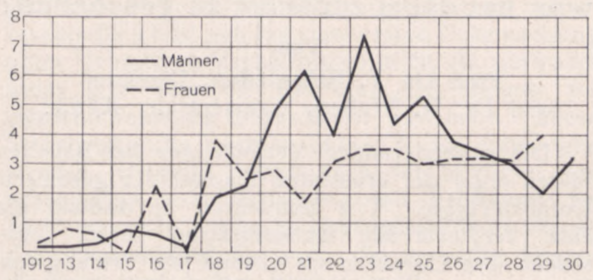


Fig. 5. Morphinismus (Charité).

teilungen Kahns, der in seinen Untersuchungen einen bemerkenswert hohen Prozentsatz von schweren Psychopathen unter den in den Räterepubliken in München zum Teil in Führerstellungen hervorgetretenen Persönlichkeiten feststellte. Allen im Gedächtnis sind noch die zu einer Art Erwerbsgilde zusammengeschlossenen auf der Straße bettelnden Zitterer und schließlich als eine groteske Ausgeburt revolutionären Psychopathentums, die Organisation der Deserteure, die der Regierung ihre Forderungen präsentierte. Über den Anteil der psychopathischen Abenteuerer, der Haltlosen und Pseudologen unter den räubernden Jugendlichen und unter einzelnen sogenannten Freikorps, läßt sich nichts Zahlenmäßiges sagen. Nach den Stichproben, die aus solchen Gruppen anläßlich pathologischer Reaktionen oder auf Grund zwangsweiser Einweisung den Kliniken zur Beobachtung zugingen, waren sie wohl ziemlich zahlreich. Mit der Festigung der staatlichen Autorität verschwanden diese Typen allmählich wieder von der Oberfläche des öffentlichen Lebens. Sie sind aber noch vorhanden und es besteht kein Zweifel, daß eine Lockerung des staatlichen Gefüges sie wieder in Erscheinung treten lassen würde.

In enger Beziehung zum Psychopathentum steht noch eine weitere klinische Erscheinung der letzten Kriegs- und der Nachkriegszeit. Schon in den letzten Kriegsjahren, deutlicher aber vom Jahre 1919 ab, machte sich in den Aufnahmeziffern der Kliniken eine Zunahme der wegen Morphinismus und Kokainismus Eingelieferten bemerkbar. Die Annahme, daß diese Zunahme lediglich auf die Behandlung vieler Kriegsverletzten und im Felde Erkrankten mit Morphium zurückzuführen sei, ist schon deshalb nicht richtig, weil die Zunahme sich auch auf die Frauen vom Jahre 1918 ab erstreckte. Die Untersuchung zeigte, daß nur 10 bis höchstens 15 Proz. der Morphinisten keine ausgesprochenen Psychopathen waren. Auch von den im Felde infolge von schmerzhaften Affektionen zum Morphium Gelangten sind beim Morphium geblieben und Morphinisten geworden fast nur die Psychopathen. Ich zeige Ihnen zunächst die Kurve (Fig. 4), wie sie sich aus der Preußischen Medizinalstatistik ergibt. Es zeigt sich zunächst ein Abfall bis zum Jahre 1916, dann von 1916 zu 1917 eine Verdoppelung der Aufnahmeziffer. Die Kurve steigt dann kontinuierlich bis 1923, wo der höchste Stand mit etwa dem 6fachen vom Jahre 1914, und etwas mehr als dem 3fachen von 1912 erreicht ist. Wesentlich erheblicher ist die Zunahme, wenn man die Großstadtaufnahmen zählt (Fig. 5). Man sieht vom Jahre 1917 ab ein rasches Ansteigen, die höchste Höhe wird auch hier 1923 erreicht, wo die Aufnahmeziffer 7 Proz. beträgt, höher als die der Alkoholismusaufnahmen. Dann ein zunächst rasches, dann langsames Absinken bis zu 2 Proz. Es scheint, daß das Jahr 1930 wieder ein Anwachsen der Kurve bringt, ohne Zweifel im Zusammenhang damit, daß die Erschwerung der Morphiumrezeptur die Patienten schneller zu Abstinenzerscheinungen und in die Klinik bringt. Bei den Frauen wird die Höhe der Männerkurve nicht erreicht, aber auch da von 1917 ab ein starkes Ansteigen, und noch 1929 haben wir 4 Proz. Morphinismusaufnahmen.

Im Kokainismus sehen wir eine typische Nachkriegserscheinung, er tritt erst gegen den Schluß des Krieges und dann in starker Zunahme bis zum Jahre 1924 hervor, vor allem auf die größeren Städte beschränkt (Fig. 6). In der Charité stieg der Prozentsatz vom Jahre 1914 bis 1924 von 0 bis annähernd 1,5 Proz. Es handelt sich fast ausnahmslos um Kokainschnupfer, zur Hälfte um Jugendliche bis herab zum Alter von 16 Jahren, zumeist labile, unstete, pseudologische Psychopathen. Die Kokainismuswelle ist heute in der Klinik so gut wie völlig abgeebt, sie stand wohl in engem Zusammenhang mit den Diebstählen der Medikamentenvorräte des Heeres in der Revolutionszeit. Es ist sicher, daß die Kokainschnupfer sich noch in einzelnen Konventikeln finden, und daß manche Schnupfer, die zu Anfang mit den Kokainangstzuständen noch unbekannt

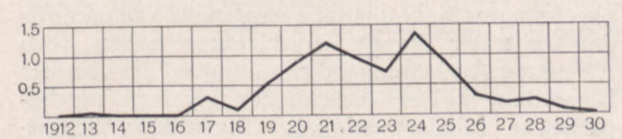


Fig. 6. Kokainismus, Männer und Frauen (Charité).

waren und deshalb in die Klinik kamen, jetzt Bescheid wissen und keine klinische Hilfe mehr aufsuchen. Im ganzen kann man aber sagen, daß der Kokainismus zurzeit keine soziale Bedeutung mehr hat und auch hinsichtlich des Morphinismus muß man sich darüber klar sein, daß die absoluten Zahlen der Morphinisten keineswegs eine beunruhigende Höhe haben.

Ich könnte damit den Überblick abschließen mit dem Hinweis, daß wir hinsichtlich der psychischen Morbiditätsverhältnisse im wesentlichen wieder zur Norm zurückgekehrt sind. Aber man wird doch die eugenische Problematik der Psychopathenfrage nicht vergessen dürfen, die gerade durch den verlorenen Krieg mit großer Deutlichkeit aufgerollt wurde. Auch wenn man sich darüber klar ist, daß gewisse Formen der Psychopathie — ich denke an die Individuen von starker einseitiger künstlerischer Begabung, von überdurchschnittlich entwickelter Willensausbildung und besonders starker Gemütsbeteiligung des Erlebens — ein notwendiges Ferment für die kulturelle Entwicklung sind, weil ohne sie die Gefahr einer ausschließlichen Entwicklung durchschnittlicher Mittelmäßigkeit bestünde, so kann doch kaum ein Zweifel darüber bestehen, daß vom Standpunkte der Volkseugenik es kaum etwas Verhängnisvolleres gibt, als die Auslese, wie sie der moderne Krieg mit sich bringt, die Vernichtung der männlichen gesunden Jugend — 60 Proz. der Gefallenen standen nach Grotjahn zwischen dem 19. und 29. Lebensjahr — und das Erhaltenbleiben der Psychopathen. Man hat das Recht anzunehmen, daß der Krieg mit der gesunden Jugend auch vieles aus den wertvollen Psychopathengruppen vernichtet hat. Diese sind vielfach schon als die ersten Freiwilligen ins Feld gekommen und zugrunde gegangen. Überlebend waren unter den Psychopathen vor allem die ethisch Defekten, die Schwächlichen, Haltlosen und Desequilibrierten. Wenn es auch nicht gesagt ist, daß in deren Deszendenz notwendig wieder nur dieselben Psychopathentypen erwachsen werden, so besteht doch darüber kein Zweifel, daß von ihnen ein bedenkliches, vielfach minderwertiges Erbgut übertragen wird, das eben deshalb einen bedrohlichen Charakter bekommt, weil es zahlenmäßig durch den ihm gegenüberstehenden Erbgutverlust von annähernd $1^3/_4$ Millionen Gesunder ganz anders in den Vordergrund gerückt wird, als bei früheren Kriegen. Es gibt, wie mir scheint, keinen Aushebungsmodus, der dieses dysgenische Ergebnis des modernen Krieges verhindern kann. Weder die den Ärzten im Kriege zum Vorwurf gemachte Methodik, daß sie mit der Zeit mehr und mehr psychopathische Individuen eingestellt und dadurch den Geist der Truppe verschlechtert haben, noch die neuen Aushebungsbestimmungen, die von der Einstellung ins Heer ausschließen: Hysterie, psychopathische Minderwertigkeit, Neurotiker, Neurastheniker, Alkoholisten und Morphinisten, Debile und Perverse, werden daran etwas ändern.

Ob solche Erbgutverluste bei der heutigen sozialen Struktur überhaupt völlig ausgleichbar sind, ist sehr zweifelhaft. Man kann vielleicht hoffen, daß das Erbgut der gesunden Frauen, für die ja der Krieg keine derartige dysgenische Auslese bedeutet hat, den Schaden etwas paralysiert. Soweit überhaupt ein Ausgleich möglich ist, wird er aber nur erfolgen können, wenn der jungen gesunden Generation Zeit gelassen wird in das Lebensalter zu gelangen, in der sie ihr gesundes Erbgut weiterzugeben und aufzuziehen in der Lage ist — also durch eine lange Friedenszeit.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.

2. Wie wird die Diagnose einer penetrierenden Bauchverletzung gestellt und was hat dabei zunächst zu geschehen?

Von

Prof. Dr. **V. Schmieden,** Direktor
und Dr. **H. Nießen,** Assistent der Klinik.

Die penetrierenden Verletzungen des Bauches bilden eins der ernstesten Kapitel der gesamten Unfallchirurgie. Wir betrachten es deshalb als eine verdienstvolle Entschließung dieser Zeitschrift den Lesern noch einmal die wichtigsten Merkmale aus dem Kapitel vor Augen zu führen.

Die Erfahrungen des großen Krieges haben mit eindrucksvollster Deutlichkeit gezeigt, daß eine Verbesserung unserer bisherigen Erfolge Hand in Hand geht mit einer möglichst frühzeitigen, sachgemäßen chirurgischen Behandlung, mit einer zielbewußten Indikationsstellung auf Grund klarer Erkennung der Sachlage und der Gefahr. Die Heilungsaussichten verschlechtern sich bei abwartender Behandlung rapide von Stunde zu Stunde. Während von den konservativ behandelten penetrierenden Bauchschüssen etwa 90 bis 95 Proz. sterben, lassen sich durch Operation innerhalb der ersten 6 Stunden etwa 50 Proz. retten, bei der Zwölfstundengrenze sinken die Erfolgsaussichten bereits auf 40 Proz. und nach 24 Stunden haben nur noch etwa 15 Proz. Aussicht trotz Operation mit dem Leben davon zu kommen.

Es muß also unser Bestreben sein, durch frühzeitigste Sicherung der Diagnose, sorgsamste primäre Versorgung und sachgemäße Einlieferung ins Krankenhaus eine rechtzeitige Operationsmöglichkeit zu schaffen. Die Ursachen der penetrierenden Verletzungen im Frieden unterscheiden sich wesentlich von denen des Krieges. Entsprechend der geringeren Wirkung unserer Friedenswaffen ist auch die Prognose günstiger als die der Kriegsverletzungen.

Die Diagnose einer „echten" Bauchverletzung ist oftmals auf den ersten Blick zu stellen: das schwere allgemeine Krankheitsbild, Treffstelle und Richtung der verletzenden Gewalt, der Austritt von Darminhalt, Urin oder Galle, Vorfall von Baucheingeweiden usw., machen alle diagnostischen Erwägungen überflüssig.

Aber nicht nur bei den die Bauchregion im engeren Sinne direkt treffenden Verletzungen soll man an eine Eröffnung der Bauchhöhle denken, sondern man halte sich vor Augen, daß beispielsweise Schußverletzungen und Pfählungsinsulte von den entferntesten Körperstellen aus die Bauch-

höhle erreichen können (Brust, Darm, Oberschenkel, Rücken).

Die exakte Diagnose der Bauchhöhlenverletzung baut sich auf zwei Feststellungen auf, die miteinander in Einklang gesetzt werden müssen: die Rekonstruktion des Verletzungsweges und die Beobachtung der Symptome. Es muß unser Ziel sein, diese Anzeichen so geschickt bei der Diagnose zu verwerten, daß wir frühzeitig genug sowohl die gefahrliche Blutung, wie die Infektionsgefahr der Magen-Darmverletzung erkennen. Selbstverständlich läßt sich bei einer ersten Untersuchung unter primitiven Verhältnissen nicht ein einwandfreies Bild über die Art und Ausdehnung der intraabdominellen Organläsion gewinnen. Diese Sicherheit sollte auch in keiner Weise erzwungen werden, vielmehr gehört nach den heutigen Anschauungen jede Verletzung mit Eröffnung des Peritoneums in stationäre chirurgische Behandlung, der notwendigenfalls auch die spezielle Organdiagnose vorbehalten bleiben muß.

Die Allgemeinerscheinungen bei Bauchverletzungen sind zum Teil von der Art und Weise der einwirkenden Gewalt abhängig, je stumpfer und gröber sie ist, um so lebhafter wird Anprall und Durchschlag im Gebiete des Bauches empfunden. Gar nicht selten fehlt jedoch dieser heftigste akute Verwundungsschmerz, namentlich beim rasanten Spitzgeschoß und bei Stichverletzungen mit schmalen, dolchartigen Instrumenten. Bei diesen mit auffallend leichten Symptomen verlaufenden Verletzungen kommt es als Ausnahme vor, daß der Verwundete noch zu Fuß und ohne Begleitung eine gewisse Strecke zurücklegt, um ärztliche Hilfe zu finden.

Das Gros der Bauchverletzten hat jedoch die Empfindung erheblicher Läsion im Moment der Verwundung und eine beträchtliche Anzahl bricht im rasch eintretenden Schock zusammen. In den ausgesprochenen Fällen sinkt der Verletzte schlagartig, kraftlos zu Boden; wir bemerken fast momentan eine hochgradige wachsgelbe Blässe des Gesichts, das verfallen aussieht, und kalten Schweißausbruch. Dieser Verwundungsschock hält im Durchschnitt höchstens 1—2 Stunden an. oft ist er schon in einer Viertelstunde überwunden, Bei großer intraperitonealer Verletzung dauert er länger und rezidiviert unter Umständen; durch inneren Blutverlust kann er langsam in anämischen Kollaps und Tod übergehen. Bei geringerer Blutung können mit dem Abklingen des Schocks gelegentlich schon die ersten peritonitischen Symptome auftreten, so daß der noch nicht vollständig „klare" Patient schon die bekannte Facies abdominalis aufweist und mit prallgespannten Bauchdecken, mit belegter Zunge und kostaler Atmung nur ungern dem Arzt auf seine Fragen antwortet; Berührung und Untersuchung des Leibes wird ängstlich abgewehrt, doch spielt hierbei das Temperament des einzelnen eine wesentliche Rolle. Schwere psychische Erregungszustände sind selten. Bei starkem Blutverlust besteht auffallende Apathie und Gleichgültigkeit, nur Durstgefühl wird angedeutet; im weiteren Verlauf nimmt Blässe, kalter Schweiß und Kollaps zu, manchmal erfolgt kurz ante exitum ein Erregungszustand, eventuell mit Delirien.

Diese Allgemeinsymptome sind zwar nicht beweisend für eine Eröffnung der Bauchhöhle, sondern kommen auch bei großflächigen Prellungen vor, sollten aber in jedem ausgeprägten Falle Veranlassung zu sorgfältigster Beobachtung bzw. Krankenhauseinlieferung geben.

Die speziellen Symptome der Bauchhöhlenverletzung treten nicht gleichzeitig auf und sind nicht gleichwertig.

Die Pulsbeschaffenheit ist von höchster diagnostischer Bedeutung. Während des eigentlichen Schocks ist der Puls zwar nur von diesem abhängig und für den Grad der Verletzung nicht direkt diagnostisch verwendbar. Nach Abklingen des Schocks ist ein beschleunigter, kleiner und weicher, sowie schließlich unregelmäßiger Puls das beste objektive Zeichen für das Vorhandensein und den Grad der beiden Hauptgefahren: der intraperitonealen Blutung und der intraperitonealen Infektion. Die Pulsveränderung ist ein ausgesprochenes Frühsymptom und hält mit der Verschlechterung des Zustandes direkt Schritt. Eine Ausnahme bilden Leberwunden, bei denen es durch Resorption gallensaurer Salze oft zu Pulsverlangsamung (Bradykardie) kommt. Bei gleichzeitiger Brustverletzung kann durch Vagusreizung der Puls ruhig und kräftig bleiben und die Schwere des Krankheitsbildes verschleiern, bis dann später bei zunehmender Anämie durch Vaguslähmung ganz rasch der Puls klein und schnell wird und dringende Gefahr andeutet.

Die Bauchdeckenspannung ist eins der wichtigsten Frühsymptome der intraperitonealen Verletzung. Die sofort nach der Verletzung auftretende Spannung deutet auf schwere innere Blutung, langsame Zunahme spricht für Entwicklung einer Peritonitis.

Die kostale Atmung ist im Zusammenhang mit der Bauchdeckenspannung, besonders bei Verletzung der oberen Bauchhälfte als Frühsymptom zu beobachten, oft sogar noch vor der harten Bauchdeckenspannung; sie bietet den Vorzug, daß zu ihrer Feststellung eine Berührung des Kranken nicht erforderlich ist. Sie kann auch ein unmittelbares Symptom der Verletzung des Zwerchfelles selber sein.

Der spontane Schmerz ist ein unzuverlässiger Ratgeber. Die reine Bauchdeckenverletzung schmerzt nur anfangs. Fortbestehender spontaner Schmerz im Bauch spricht für eine intraperitoneale Läsion, sein Fehlen spricht aber in keiner Weise dagegen. Im Moment der Verletzung tritt oft, aber auch nicht immer, ein typischer Perforationsschmerz auf, ähnlich dem Schmerz bei der Magengeschwürs-, Gallenblasen- oder Wurmfortsatzperforation.

Der Druckschmerz darf nur mit größter Vorsicht geprüft werden, um die Gefahr nicht zu vermehren. Anfangs ist er in der Nähe des verletzten Organs am lebhaftesten, später wird bei Ausbreitung des Blutergusses, viel deutlicher noch bei Entwicklung einer Peritonitis, das ganze ergriffene Gebiet diffus druckempfindlich.

Der Meteorismus kann gelegentlich als Frühsymptom eines retroperitonealen Hämatoms auftreten. Meist ist er das Zeichen der Darmlähmung bei bereits vorgeschrittener Peritonitis.

Die peristaltischen Geräusche pflegen mit dem Eintritt einer Magen-Darmverletzung aufzuhören; ihr Wiederauftreten deutet auf eine günstige Wendung.

Die Prüfung auf freies Gas in der Bauchhöhle und auf verschieblichen Erguß ergibt keine einwandfreien Resultate und sollte lediglich der Krankenhausuntersuchung vorbehalten bleiben; keinesfalls darf man das Fehlen dieser Erscheinungen im günstigen Sinne deuten.

Die Harnverhaltung läßt in erster Linie an eine Verletzung der Blase denken, die den Urin in die Bauchhöhle entleert. Weiterhin kann es sich um eine Zerreißung der Harnröhre oder um eine Schädigung des Rückenmarkes handeln. Vorsichtige Einführung eines Katheters bringt hier Klarheit.

Die Körpertemperatur ist für die erste Diagnose der Verletzung nicht zu verwerten. Vielfach finden sich bei ganz frischer Bauchverletzung und in der Regel bei schwerer innerer Blutung abnorm niedrige Kollapstemperaturen.

Aufstoßen, Übelkeit und Erbrechen deuten im allgemeinen schon recht früh eine beginnende peritoneale Infektion an. Es tritt jedoch bei allen Verwundungen gelegentlich auf (Schädeltrauma!); für die Diagnose der Magen-Darmverletzung ist es nur dann allein maßgebend, wenn es zunehmenden Charakter hat.

Führt im Einzelfall sorgfältigste Prüfung und Beobachtung aller dieser Symptome nicht zur Klarheit, so bleibt als letztes die Revision der Wunde. Unter allen Umständen ist eine blinde Sondierung oder Austasten mit dem Finger zu vermeiden. Diese Verfahren sind gefährlich und oft ergebnislos, wenn nicht gar irreführend. Läßt sich bei der einfachen Inspektion eventuell unter Offenhalten der Wunde mit sterilen Instrumenten nicht einwandfrei feststellen, daß das Peritoneum geschlossen ist, so ist stationäre Beobachtung im Krankenhaus unbedingt erforderlich. Eine Erweiterung und eingehende Revision des Verletzungskanales darf nur vorgenommen werden, wenn alles zur Laparotomie vorbereitet ist.

Ist einwandfrei festgestellt, daß es sich um eine reine Bauchdeckenverletzung handelt, so kann die Wunde in der üblichen Weise mit Exzision und Naht behandelt werden. Kann man sich in zweifelhaften Fällen nicht sofort zur Krankenhauseinweisung entschließen, so ist unbedingt für die nächsten 6 Stunden sorgfältigste Überwachung durch den Arzt zu verlangen. Frühzeitige und große Morphiumgaben müssen unterbleiben, weil sie das Krankheitsbild, das sich vielfach erst in den nächsten Stunden zu seiner ganzen Deutlichkeit und Schwere entwickelt, verschleiern und notwendige Eingriffe verzögern können. Auch für den Krankenhaustransport sollte möglichst auf unnötige Morphiumgaben verzichtet werden. Ausnahmen bilden natürlich die Fälle, bei denen infolge grober Verletzung (Darmprolaps, Kotaustritt usw.) Krankheitsbild und Operationsindikation absolut klar sind. Doch sollte auch in diesen Fällen nicht versäumt werden, Zeit und Menge der Injektion auf dem Einweisungsschein zu vermerken.

Die Wundversorgung soll sich auf das Allernotwendigste beschränken, um das Bild möglichst wenig zu verwischen. Eine Desinfektion vor dem Transport ist unnötig. Vorgefallene Darmschlingen bleiben am besten völlig unberührt. Beim Versuch der Reposition kommt es unter Umständen durch starke Anspannung der Bauchpresse und Druckerhöhung zu schweren neuen Schädigungen des Verletzten. Das gleiche gilt für eröffnete Darmschlingen aus denen sich Kot entleert. Eine ungenügende Primärversorgung schadet mehr als sie nützt, weil sie die endgültige Versorgung verzögert und weil sich nicht ohne weiteres feststellen läßt, ob die vorliegende Perforation die einzige ist.

Am besten ist es bei allen sicheren und zweifelhaften Verletzungen der Bauchhöhle, die Wunde und ihre Umgebung lediglich mit einigen Lagen steriler Gaze zu bedecken. Darüber kann eine Lage Watte gelegt werden; das Ganze wird durch einen zirkulären Verband, der leicht angezogen wird, aus Mull- oder Idealbinden gehalten. Der Transport erfolgt in flacher Rückenlage. Jegliche Zufuhr von Nahrung und Getränken muß unterbleiben. Bei quälendem Durst können die Lippen mit einem feuchten Tupfer des öfteren genetzt werden.

Bei schwerem Schock muß sorgfältig darauf geachtet werden, daß keine übermäßige Abkühlung eintritt (Wolldecken, Wärmeflaschen).

Kardiaka erhöhen die Blutungsgefahr und sollten vor der endgültigen Versorgung nicht gegeben werden.

Zusammenfassend darf man sagen, daß es beim penetrierenden Bauchtrauma im Interesse der Lebensrettung auf ein verständnisvolles Zusammenarbeiten zwischen dem zuerst gerufenen Arzt und dem operativen Chirurgen ankommt. Beider Aufgaben sind nicht leicht, sondern schwierig und sehr verantwortungsvoll.

Im Zweifelsfalle ist die Einlieferung in ein chirurgisches Krankenhaus besser; ihre Unterlassung ist es, vor der wir auf Grund immer noch vorkommender unglücklicher Versäumnisse besonders eindrucksvoll warnen müssen.

Daher vor allem und immer wieder: **Keine Zeit verlieren.** Nicht auf die exakte Diagnose, sondern auf das Leben des Verletzten kommt es letzten Endes an.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Probleme des Mineralstoffwechsels.

Von

Prof. **H. Straub** in Göttingen.

Seitdem die Erörterung über Probleme des Mineralstoffwechsels aus dem Anzeigenteil der Tageszeitungen in den redaktionellen Teil übergegangen ist, hat sich das öffentliche Interesse in vermehrtem Maße den hierher gehörigen wichtigen Ernährungsproblemen zugewandt. In Unkenntnis der Sachlage wird der Schulmedizin vielfach der Vorwurf gemacht, sie habe sich um diese wichtigen Dinge nicht ausreichend gekümmert. Wohl ist es richtig, daß entsprechend der vorherrschenden Forschungsrichtung jahrzehntelang die ärztlichen Gedanken über Ernährungsfragen von den Problemen des Energiestoffwechsels beherrscht waren. Aber in der Stille des Laboratoriums wurde der Mineralhaushalt doch eifrig beforscht. Wenn davon wenig an die Öffentlichkeit drang, so liegt es vor allem an der ungeheuren Schwierigkeit der Probleme, die sich nicht sofort in einer für die Praxis nutzbringenden Weise beantworten ließen. Die anorganische Chemie, die erforderlichen analytischen Mikromethoden und vor allem die physikalische Chemie mußten erst entwickelt werden, ehe man mit Erfolg in exakter Weise an die einschlägigen Fragen herangehen konnte. Erst in den letzten Jahren sind wir methodisch so weit gekommen, daß klare Antworten auf manche Fragen des Gebietes erhalten werden konnten. Daß auf diesem Wege die mühsame analytische Arbeit des nach gesicherten Ergebnissen ringenden Forschers der beflügelten Phantasie einiger mit der Schwierigkeit der Materie nicht vertrauten Laien nicht zu folgen vermochte, liegt auf der Hand.

Unter den aktuellen Fragen möchte ich heute zwei herausgreifen, nämlich einmal die Kochsalzfrage und zweitens die Frage des Säure-Basengleichgewichtes. Die Kochsalzfrage geht aus von der Annahme, unsere Gewebe seien verkehrt zusammengesetzt. Es gelte, durch regelnde Eingriffe einen Umbau der Mineralzusammensetzung des Körpers, eine Transmineralisation zu erreichen. Vor allem werden dem Kochsalz vergiftende Eigenschaften zugeschrieben und eine weitgehende Beschränkung der Kochsalzzufuhr ganz allgemein empfohlen. Im Körper kommt das Kochsalz vor allem im Blut und in den Gewebsflüssigkeiten vor, während es keinen obligaten Bestandteil der Zellflüssigkeiten bildet. Wohl aber sind die Zellen zu ihrem Gedeihen auf einen ganz genau geregelten Kochsalzgehalt der sie umspülenden Flüssigkeiten angewiesen. Sehr vollkommen entwickelte Regulationsorgane sorgen dafür, daß diese konstante Zusammensetzung erhalten bleibt. Die Konstanz des osmotischen Druckes, die wir als Isotonie, und die Konstanz der Ionenzusammensetzung, die wir als Isoionie bezeichnen, sind wichtigere Grundeigenschaften des tierischen Organismus als die Konstanz der Temperatur, die Isothermie. Für die Regulation dieser Konstanten ist die Niere das wichtigste Organ. Die zur Erhaltung des Kochsalzgehaltes im Körper erforderliche Kochsalzzufuhr ist sehr gering. Es ist sicher, daß von einer täglichen Kochsalzzufuhr von 10—15 g bei gemischter Kost ein erheblicher Teil lediglich als Würzstoff dient und entbehrt werden kann. Er verläßt den Körper sofort wieder durch den Harn. Bei Erkrankungen der das Kochsalz ausscheidenden Nieren kann es zu einer Salzstauung im Körper kommen. Die Einführung kochsalzarmer Ernährung bei Erkrankungen der Ausscheidungsorgane, besonders der Niere, bedeutet aus diesem Grunde eine Großtat der Ernährungsbehandlung. Es ist aber die Frage, ob auch Gesunde und mit anderen Krankheiten Behaftete sich besser in der Salzzufuhr beschränken sollten. Der Beweis, daß bei diesem Personenkreis eine in vernünftigen Grenzen gehaltene Kochsalzzufuhr schädlich sei, steht noch aus. Es ist immerhin zu bedenken, daß im großen ganzen der Hunger die zweckmäßigste Nahrungsmischung recht gut regelt. Selbst wenn wir uns den Einwand zu eigen machen wollten, daß der Geschmack durch Zivilisation verbildet sei, so trifft doch dieser Einwand für primitive Völker nicht zu. Weshalb drängen wohl noch heute die Negervölker nach Orten mit Salzvorkommen? weshalb hat der Urmensch Siedlungen an Salzorten angelegt? weshalb wird die frühe Eisenzeit nach einem solchen Salzort benannnt? Sollten unsere heutigen Kochsalzbedürfnisse von denen der Primitiven so verschieden sein? Immerhin könnte man ohne Schaden die Kochsalzzufuhr erheblich einschränken, ohne daß der Körper seinen Bestand in gefährlicher Weise vermindern würde. Je knapper die Zufuhr eines Salzes wird, um so intensiver wird seine innere Zirkulation, d. h. die Wiederaufsaugung und Wiederverwendung. Bei ganz mineralarmer Kost wird schon nach wenigen Tagen die Ausfuhr von Kochsalz und Kalium aufs äußerste eingeschränkt, während die Mehrausscheidung von Phosphor und Kalzium, von denen größere Reserven im Körper lagern, noch einige Zeit fortgesetzt wird. Dennoch wäre es voreilig zu behaupten, daß nicht auch der Gesunde durch eine über lange Zeiten fortgesetzte extrem kochsalzarme Kost schließlich geschädigt werden könnte. Ernste, lebensbedrohende Kochsalzverluste freilich treten nur bei einigen seltenen Krankheiten ein. Bei Vergiftung mit Schwermetallsalzen kann ein sehr großer Teil des Kochsalzbestandes verlorengehen. Bei reichlichem Erbrechen salzsaurer

Flüssigkeit, besonders bei Verschluß des Magenausgangs und bei hohem Dünndarmverschluß, gehen dem Körper sehr große Mengen salzsaurer Valenzen verloren, wodurch zudem eine starke Verschiebung der Körperreaktion nach der alkalischen Seite eintritt. Bemerkenswerterweise zeigt sich hier nicht sowohl die Zufuhr von Salzsäure wirksam, als vielmehr die Zufuhr von neutralem Kochsalz, aus dem der Körper seinen Salzsäureverlust offenbar besser ergänzen kann. Auch bei Drüsen-, Pankreas-, Darm- und Gallefisteln, die sich frei nach außen öffnen, können bedrohliche Mineralverluste eintreten. Wir haben also Krankheiten kennengelernt, bei denen Beschränkung der Kochsalzzufuhr, und andere, bei denen im Gegenteil reichliche Kochsalzzufuhr lebensrettend wirken kann. In den meisten Fällen aber genügen die Regulationsvorrichtungen des Körpers durchaus, um die normale Salzzusammensetzung aufrechtzuerhalten. Unter diesen Bedingungen wird jeder doktrinäre Eingriff in die frei gewählte Kochsalzzufuhr lediglich eine zwecklose Belästigung bedeuten.

Für den normalen Ablauf der Lebensvorgänge noch ungleich wichtiger als die bisher genannten Körperkonstanten ist aber die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes zwischen sauren und basischen Bestandteilen des Körpers, die Isohydrie. Sie ist tausendmal so genau geregelt als die Isoionie. Fast alle Organe des Körpers sind an der Aufrechterhaltung dieser Konstanten irgendwie beteiligt, namentlich die Ausscheidungsorgane Niere, Magen und Darm, sowie die Lungen. Eine Funktionsstörung dieser Organe kann in der Tat zu einer Gefährdung dieser Konstanten führen, die sofort lebensbedrohliche Erscheinungen hervorruft. Säurevergiftung durch äußere Zufuhr oder durch Bildung im intermediären Stoffwechsel ruft bei Versagen der Regulationsorgane tiefe Bewußtlosigkeit, Koma, hervor. Verschiebung der Reaktion nach der alkalischen Seite führt zu den Erscheinungen der Tetanie. Wir sind heute durch Analyse der Blutzusammensetzung in der Lage, die Gefahr solcher Zustände schon vor Ausbruch von Krankheitserscheinungen zu erkennen und rechtzeitig regelnd einzugreifen. Vor allem Nierenkranke und Zuckerkranke sind in großer Zahl durch rechtzeitiges Eingreifen vor dem sicheren Tode gerettet worden.

Die Frage, ob auch beim Gesunden lediglich durch die Zusammensetzung der Kost eine wesentliche und in Betracht kommende Änderung der Reaktionslage des Körpers erzielt werden könne, ist zu verneinen. Auch hier genügen die Regulationsorgane beim Menschen zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes. Lediglich durch Zufuhr bestimmter Salze, die chemisch zum Teil als Neutralsalze zu bezeichnen sind, gelingt eine solche Umstimmung. Die Behauptung, daß die gemischte Kost des Gesunden zuviel saure oder zuviel basische Valenzen enthalte, hat demnach nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Auch der Versuch, die Reaktionslage des gesunden Organismus durch saure oder basische Kost zu verschieben. verspricht wenig Erfolg. Unter saurer Kost verstehen wir dabei nicht die sauer schmeckenden Speisen, deren Geschmack meist von dem Gehalt an organischen Säuren abhängt. Nicht wenige saure Speisen, wie saure Gurken, saures Obst, Sauerampfer enthalten in Wirklichkeit erheblichen Überschuß an anorganischen Basen. Unsere heutige Einteilung in saure und basische Speisen gründet sich auf Aschenanalysen, wobei lediglich die bei der Veraschung entstehenden sauren und basischen Äquivalente berücksichtigt werden. Aber die Hoffnung, daß die Säure-Basen-Äquivalenttabelle für die Beurteilung des Mineralhaushaltes dieselbe Bedeutung erlangen könnte, wie die Kalorientafel für den Energiehaushalt, hat sich nicht erfüllt. Es gibt für den Mineralstoffwechsel kein dem Isodynamiegesetz des Energiestoffwechsels entsprechendes Gesetz, nach dem die elektrische Ladung verschiedenartiger Ionen für den tierischen und menschlichen Organismus entsprechend den chemischen Valenzen als gleichwertig gelten könnte. Für jede Kostform muß deshalb gesondert geprüft werden, ob sie unter Bedingungen, die auch noch in anderer Richtung sehr genau festgelegt werden müssen, auf den lebenden Organismus in säuerndem oder alkalisierendem Sinne einwirkt.

Mehrzufuhr saurer oder basischer Valenzen äußert sich zunächst ausschließlich in den Ausscheidungen. Man kann von einem Ausscheidungswert der Kost sprechen. Als Test für diesen hat die Harnreaktion zu gelten. Verhältnismäßig leicht kann man den Harn sauer oder alkalisch machen und von dieser Möglichkeit vor allem bei der Behandlung der Nierenbeckenentzündung mit Erfolg Gebrauch machen. Bei der Beurteilung muß sowohl die aktuelle als auch die Titrationsazidität des Harns berücksichtigt werden.

Für die Therapie im Gewebe kommt aber auch dieser Ausscheidungswert nicht in Betracht, sondern lediglich der Ansatzwert der Kostformen, von dem es abhängt, ob in den Körperflüssigkeiten und im Gewebe die aktuelle Reaktion durch die Kost beeinflußt werden kann. Als Test für den Ansatzwert müssen wir die aktuelle Blutreaktion und die Alkalireserve des Blutes betrachten. Es gelingt beim Menschen nur außerordentlich schwer, die Blutreaktion durch die Kost zu beeinflussen. Die Interzellularflüssigkeit folgt nur mit starker Verzögerung dem Blute nach. Die Zellflüssigkeit dagegen ist in ihrer Reaktionslage weitgehend unbhängig von der Kost.

Meine Ausführungen sollen zeigen, wie überaus kompliziert die hier in Betracht kommenden Verhältnisse liegen. Die augenblicklich üblichen Versuche zur Regelung des Mineralstoffwechsels gehen gewöhnlich von viel zu einfachen Voraussetzungen aus. Viel wirksamer als durch die Diät oder durch Salzzufuhr können wir oft den Mineralhaushalt beeinflussen durch Hormone und


J-S. 30.
BIOLOGISCH
AUFEINANDER ABGESTIMMT SIND
WANDBESCHAFFENHEIT DER VAGINA (KH-GEHALT)
BAKTERIENFLORA UND SÄURETITER
ÄHNLICH
THERAPEUTISCH
ABGESTIMMT IST
PLANTA FLUID
ENTHÄLT
SUBSTITUENTIEN
GLUKOSE
E 0,5 %
IR BESEITIGUNG DER
NTZÜNDUNGSERSCHEINUNGEN
ALS ADSTRINGENTIEN
SALVIAE
FLOR. CHAMOMILLAE
100 GR. RM. 1.65
250 GR. RM. 4.—
BEI FAST ALLEN KASSEN ZUR VERORDNUNG
ZUGELASSEN
AKTIENGESELLSCHAFT FÜR
MEDIZINISCHE PRODUKTE
BERLIN N 65
Planta Fluid
Spül- und Waschmittel
MED PRODUKT

Vitamine. Auch die Einflüsse des organischen und speziell des Lipoidstoffwechsels verdienen unsere ernsteste Beachtung. Nicht vergessen sollten wir die nachhaltigen Wirkungen physikalischer Einflüsse auf den Mineralhaushalt, die Wirkungen von Strahlen, von Bädern, von klimatischen Faktoren. Nachdrücklich rate ich, Gesunde nicht zwecklos zu behelligen. Im Rahmen des Vernünftigen sollte man ihnen bezüglich der Mineralzufuhr volle Freiheit lassen. Die Kompensationseinrichtungen des gesunden Körpers sind so vorzüglich ausgebildet, daß sie auch durch die hartnäckigsten Bemühungen irregeleiteter Therapeuten kaum zerstört werden können. Sobald die Regulationseinrichtungen des Körpers unter dem Einfluß bestimmter Krankheiten versagen, ist festes Zufassen nach klaren Indikationen auf Grund eingehender Analyse der Stoffwechsellage ein unbedingtes Gebot, dessen Befolgung vielfach direkt lebensrettend wirken kann.

---

2. Die SHG-Diät bei Hauttuberkulose[1].

Von

Jesionek in Gießen.

Die Diätbehandlung nach Sauerbruch, Herrmannsdorfer und Gerson schreibt eine Kost vor, die in erster Linie durch ihre Kochsalzarmut ausgezeichnet ist; zur Zubereitung der Speisen darf Kochsalz nicht verwendet werden.

Ich brauche mich hier in diesem Kreise auf Einzelheiten nicht einzulassen. Es genügt, wenn ich neben der Hervorhebung des negativen Momentes daran erinnere, daß wir es bei der SHG-Diät mit einer gemischten Kost zu tun haben, mit einer Kost, deren Bestandteile nicht nur dem Pflanzenreiche, sondern auch, wenn auch nur zum kleineren Teile, dem Tierreiche entnommen sind; auch Fleisch ist erlaubt, gekochtes und gebratenes Fleisch, bis zu 500 und 600 g in der Woche. Die SHG-Diät stellt keineswegs eine Rohkost dar, etwa im Sinne von Bircher-Benner. Allerdings haben die rohen Nahrungsmittel den warm zubereiteten bzw. gekochten Speisen gegenüber das Übergewicht. Es soll möglichst viel Rohkost verabreicht werden! Infolge ihres Reichtums an rohen Speisen ist die SHG-Diät reich an Vitaminen und Mineralsalzen, um so reicher, je mehr neben der Verabreichung von rohen Nahrungsmitteln bei der Zubereitung der nichtrohen Speisen vermieden wird, daß dem Rohmaterial durch Wärme und Wasser Vitamine und Mineralsalze entzogen werden und dadurch für die Ernährung verloren gehen. Man darf nicht länger kochen und braten, als gerade notwendig ist!

[1]) Vortrag gehalten am 2. Dezember 1930.

Übrigens, was für die Vitamine und die wasserlöslichen Mineralsalze im allgemeinen gilt, gilt selbstverständlich auch für das in jedem pflanzlichen und tierischen Rohmaterial enthaltene Kochsalz. Richtig zubereitete SHG-Diät bedeutet also keineswegs, wie man vielfach zu hören bekommt, Kochsalzlosigkeit, wohl aber, wie gesagt, Kochsalzarmut. Die SHG-Diät ist verhältnismäßig reich an Eiweiß und namentlich an Fett, verhältnismäßig arm an Kohlehydraten.

Der praktischen Durchführung der SHG-Diät stehen mancherlei Schwierigkeiten entgegen. Die bösesten Fehlerquellen ergeben sich in der Küche. Es ist keineswegs leicht, ohne Kochsalz die Kost so zu gestalten, daß sie dem Geschmack desjenigen entspricht, der diese Kost essen soll. Wenn irgendwo, so gilt es hier zu individualisieren. Der Geschmack der Bevölkerung in München ist ein anderer als der Geschmack der Bevölkerung in Gießen, als in Berlin und in Hamburg.

Es bleibt nichts anderes übrig: in einer SHG-Diätküche muß der Geist herrschen, der unsere wissenschaftlichen Laboratorien beherrscht. Unumgänglich notwendig sind nicht nur für den Arzt, sondern auch für die Köchin peinlichste Gewissenhaftigkeit, Liebe zur Sache, Verständnis für die Sache auf Grund eingehender Kenntnisnahme der ausschlaggebenden Gesichtspunkte, Geschicklichkeit und guter Geschmack. Die für die Diätküche verantwortliche Person muß mit Kenntnissen und mit Eigenschaften begabt sein, die sie befähigen, die Verantwortung auch wirklich auf sich zu nehmen und zu tragen. Sie darf nicht mit den Eigenschaften begabt sein, die den sogenannten „guten" Köchinnen eigen zu sein pflegen und diese Frauen oft zu schwer belehrbaren, eigensinnigen Personen machen. Keineswegs die nächste beste „gute" Köchin ist geeignet, die Verantwortung für den Betrieb in der SHG-Diätküche zu übernehmen. Die Köchin muß wissen, daß es um die Gesundheit geht, um Gesundheit, Leben und Tod, um Fragen, von denen auch die beste Köchin a priori nichts versteht.

Ich muß mich kurz fassen und darf mich darauf beschränken, Ihnen zu raten, sich mit der SHG-Diät gar nicht einzulassen, wenn Sie Ihrer Diätküche und Diätköchin nicht sicher sind. Voraussetzung des Erfolges der SHG-Diätbehandlung ist, daß die Patienten auch wirklich der Diät teilhaftig werden, die von Herrmannsdorfer bis in ihre Einzelheiten festgelegt worden ist, und daß das Essen dem Kranken nicht Ekel verursacht, Widerwillen auslöst, vielmehr Freude und Vergnügen bereitet und seinen Appetit reizt. Ich bin der Meinung, daß Verstöße gegen den Geschmack und die Eßlust des Patienten in der gleichen Weise wie Verstöße gegen die von Herrmannsdorfer festgelegten Vorschriften die ganze SHG-Diätbehandlung illusorisch machen, und verzichte für meine Person auf die SHG-Diätbehandlung außerhalb unserer Lupusheilstätte, deren Küche fest in unserer Hand liegt. Wenn

mir für die Küche neben der Köchin nicht ein Assistenzarzt zur Seite steht, der sich auf das eingehendste mit dem Küchenbetrieb und seinen Einzelheiten und auch Kleinlichkeiten beschäftigt, gebe ich es auf, mich mit der SHG-Diätbehandlung zu befassen.

Wir haben uns in der Gießener Lupusheilstätte bei der praktischen Durchführung der SHG-Diätbehandlung in jeder Beziehung streng an die Vorschriften Herrmannsdorfers gehalten, und infolgedessen verteilen wir auch, wie Herrmannsdorfer es tut, die Nahrungsaufnahme auf 7 Mahlzeiten täglich. Auch halten wir unsere Diätpatienten an, sich im Genuß von Trinkwasser auf das Notwendige zu beschränken; Durst brauchen unsere Patienten nicht zu leiden. Nebenbei bemerkt, wir vergessen nicht, daß es sich beim Trinkwasser nicht um H_2O handelt, sondern um eine Salzlösung, deren Salzgehalt und Zusammensetzung in den verschiedenen Trinkwasserquellen verschieden ist.

Immer mehr haben wir im Laufe der bald 3 Jahre, in denen wir uns mit der SHG-Diät beschäftigen, darauf zu achten gelernt, daß neben der Qualität auch die Quantität eine Rolle spielt. Wir berechnen die Menge der täglichen Nahrungszufuhr für den Menschen von 60 kg auf 2700—2800 Kalorien und verabreichen 90 g Eiweiß, 162 g Fett und 222 g Kohlehydrate. Wir achten genau nicht nur auf die absolute Menge, sondern auch auf das relative Verhältnis. Wir achten genau darauf, daß der Kranke das, was wir ihm vorsetzen, auch wirklich ißt, nicht mehr und nicht weniger; wir überlassen es keineswegs dem Belieben des Patienten, wieviel er essen mag.

Ob wir uns mit dem Hilfsmittel der Kalorienberechnung hinsichtlich der Menge der täglichen Gesamtnahrung und der einzelnen Nahrungsmittel auf dem richtigen Wege befinden, darüber sind wir uns noch nicht im klaren. Ich fürchte, daß wir unseren Kranken zuviel zu essen geben.

Die kochsalzarme Ernährung nach SHG ist imstande, tuberkulöse Krankheitsherde der Haut in ihren verschiedenen Erscheinungsformen, insonderheit auch das Lupusknötchen, die tuberkulöse Neubildung, das tuberkulöse Infiltrat selbst zum Verschwinden und zur Abheilung zu bringen.

Mit dieser Tatsache, mit dieser Wahrheit mußte ich lernen mich abzufinden, als ich Ende April 1928 die Reihe von Patienten der Prüfung unterzog, die wir in der Lupusheilstätte Gießen vom 23. Januar an, also 3 Monate lang, der SHG-Diätbehandlung unterstellt hatten. Ich war keineswegs hoffnungsfreudig, keineswegs mit Begeisterung an die neue Behandlungsmethode herangetreten, zumal ich alle Berechtigung hatte, mit den Ergebnissen unserer Lichttherapie zufrieden zu sein, vor allem aber deshalb, weil ich schon früher mit eifrigem Bemühen diätetische Behandlungsmethoden in der Lupusheilstätte erprobt hatte und in keinem einzigen Falle auch nur ein Lupusknötchen, nur ein tuberkulöses Infiltrat der Haut unter dem Einfluß diätetischer Maßnahmen habe verschwinden sehen.

Über die günstigen Erfolge, die wir in der Gießener Lupusheilstätte mit der SHG-Diätbehandlung bei Lupus und anderen Formen tuberkulöser Erkrankung der Haut erzielt haben, über die Heilungen, die wir zu verzeichnen haben, haben ich und Assistenten von mir bei verschiedenen Gelegenheiten berichtet. Ich habe durch die SHG-Diät geheilte Patienten vorgestellt, auch Patienten, an denen man die Heilungsvorgänge in ihren verschiedenen Erscheinungsformen verfolgen konnte, ich habe schon wiederholt Photogramme von Patienten vor und nach der SHG-Diätbehandlung demonstriert. Inzwischen ist auch von anderen Seiten gesagt und gezeigt worden, daß Patienten mit Hauttuberkulose durch die SHG-Diätbehandlung von ihrer Hauttuberkulose befreit werden können. Ich brauche Sie hier in Berlin nur an die Ausführungen meines Kollegen, des Herrn Prof. Blumenthal von der Universitätshautklinik zu erinnern.

Ich weiß aber auch, daß noch so manche Kollegen den Wert der SHG-Diätbehandlung bezweifeln und in Abrede stellen, daß die Tuberkulose der Haut durch die SHG-Diätbehandlung geheilt werden kann. Insonderheit den Gießener Berichten hält man entgegen, daß unsere Heilerfolge ja gar nicht durch die Diät, sondern durch unsere „Lichtbehandlungskunst" bewirkt seien. Ich gebe ohne weiteres zu, und habe das schon in meiner allerersten Mitteilung über die SHG-Diätbehandlung ausgeführt, daß wir die SHG-Diätbehandlung schon bald, im Sommer 1928, mit der bei uns in Gießen üblichen Lichtbehandlung kombiniert haben. Ich habe auch ausdrücklich die Gründe genannt, die mich zu der Kombination veranlaßt haben.

Ich darf aber voraussetzen, daß man mir Glauben schenkt, wenn ich von diätbewirkter Heilung spreche, daß ich da Heilung meine bei Patienten, bei denen keinerlei andere Behandlung stattgefunden hat als eben nur die SHG-Diätbehandlung. Ich habe die Kombination erst dann vorgenommen, nachdem wir an einer stattlichen Reihe von Patienten gesehen hatten, daß die Diätbehandlung tatsächlich für sich allein imstande ist, tuberkulöse bzw. lupöse Krankheitsherde zum Verschwinden zu bringen. Ich bin zu der Kombination übergegangen, als für mich selbst kein Zweifel mehr bestand und kein Zweifel mehr bestehen durfte, daß die SHG-Diätbehandlung positive Erfolge zu ergeben vermag, und als sich mir nach Feststellung dieser Tatsache die Frage aufdrängte, wie denn eigentlich das Zustandekommen der diätbewirkten Heilungsvorgänge zu erklären sei. Ganz bestimmte theoretische Gesichtspunkte sind es, ich habe ausdrücklich darüber berichtet, die mich zu der Kombination geführt haben.

Aber, nachdem ich in Erfahrung gebracht hatte, daß man unseren Angaben mißtraut, habe

ich mich daran erinnert, daß ich ja selbst anfangs gar nicht daran glauben wollte, daß es möglich sei, durch ein diätetisches Verfahren den Lupus zu heilen. Ich muß ja zugestehen, daß ich meinen eigenen Augen nicht traute, im Frühjahr 1928, als ich sehen mußte und zugeben mußte, daß Lupusknötchen und lupöse Krankheitsherde, die seit Monaten und seit Jahren bestanden hatten, verschwunden sind. Ich weiß ja auch, daß alle möglichen Irrtümer und Täuschungen vorkommen können und daß da und dort Fehlerquellen auftreten können. Also entschloß ich mich, den Gang meiner durch die SHG-Diätbehandlung veranlaßten konsekutiven Untersuchungen zu unterbrechen und wieder von vorn anzufangen. Ich habe eine größere Zahl von Patienten, insonderheit solche, die noch niemals einer Lichtbehandlung oder irgendeiner spezifischen Behandlung unterstellt gewesen waren, einzig und allein nur in der Weise behandelt, daß ich ihnen die SHG-Diät verabreichte. Es ist dabei mit Sorgfalt darauf geachtet worden, daß diese Patienten nicht etwa zufällig stärkerer Lichteinwirkungen teilhaftig wurden, und daß sie nicht hinter unserem Rücken aus eigenem Willen Licht- oder Sonnenbäder nahmen.

Aus dieser Serie von Patienten, bei denen, wie ich mit Nachdruck hiermit erkläre, keine andere Therapie stattgefunden hat, als daß sie der SHG-Diätbehandlung unterstellt worden sind, darf ich mir erlauben, Ihnen Photogramme vorzuführen. Es sind das 16 Fälle, die ich Ihnen zeigen möchte. Anschließen möchte ich dann Bilder von Patienten, die während der Diätbehandlung Sonnen-, Licht- und Luftbäder genommen haben, und noch ein paar andere Fälle, bei denen bestimmte Besonderheiten zu besprechen sind.

Demonstration der Photogramme von 16 Patienten vor, nach und während der Diätbehandlung, bei denen keinerlei Lichtbehandlung stattgefunden hat, von 20 Patienten, auf deren Haut während der Diätbehandlung Licht zur Einwirkung gelangt ist, sei es, daß die Patienten regelrechter Allgemeinlichtbehandlung unterstellt worden sind, sei es, daß sie nur ab und zu sonnen- und lichtgebadet haben, außerdem von 5 „Versagern“.

Ich habe Ihnen ungefähr 40 Patienten im Bilde vorgeführt und glaube Ihnen gezeigt zu haben, daß die SHG-Diät imstande ist, tuberkulöse Krankheitsherde der Haut zum Verschwinden zu bringen und Lupuskranke von ihrem Lupus zu heilen, und zwar auch dann, wenn keinerlei andere Therapie stattfindet, weder Lichtbehandlung, noch auch Phosphorlebertran- und Mineralogenmedikation. Ich habe Ihnen Patienten gezeigt, bei denen die Heilung innerhalb von 2—6 Monaten zustande gekommen ist. Ich habe Ihnen aber auch solche Patienten gezeigt, bei denen ein- und anderthalbjährige Diätbehandlung mit und ohne Kombination mit Allgemeinlichtbehandlung nicht genügt hat, um die Heilung des Patienten herbeizuführen, wenn es auch in dieser Zeit zum Verschwinden und zur Abheilung mehr oder weniger umfangreicher Krankheitsherde gekommen ist.

Im Durchschnitt rechnen wir in der Lupusheilstätte Gießen mit der Notwendigkeit einer ununterbrochenen Behandlungsdauer von 7—9 Monaten. Wenn es im Laufe von 9 Monaten nicht zur Heilung des Patienten, d. h. zum Verschwinden sämtlicher Krankheitsherde in der Haut und Schleimhaut gekommen ist, so wissen wir im voraus, daß es zur vollen Heilung des Patienten in der Regel noch mehrere, unter Umständen viele Monate dauert. Es kann sich also ereignen, daß bei ein und demselben Patienten mehr oder weniger umfangreiche Krankheitsherde in verhältnismäßig kurzer Zeit abheilen, während andere Krankheitsherde, mehr oder weniger umfangreich, unter Umständen auch nur kleine Reste noch lange Zeit hartnäckig bestehen bleiben können.

Bei 11 Patienten von im ganzen über 400 der SHG-Diätbehandlung unterstellten Patienten mit Hauttuberkulose, in der Hauptsache Lupus, haben wir während der Behandlung Verschlechterung eintreten sehen, ein Weiterschreiten und Umsichgreifen des Krankheitsprozesses, namentlich eine sinnfällig gesteigerte Wucherungstendenz der tuberkulösen Neubildung, sei es, daß sich daneben bzw. zuvor, vor der Verschlechterung, Heilungsvorgänge eingestellt hatten oder nicht. Ich persönlich bin der Meinung, daß wir auch die gesteigerte Wucherungstendenz mit der SHG-Diätbehandlung in ursächlichen Zusammenhang zu bringen haben. Ausdrücklich möchte ich auch in dieser Zusammenfassung des einen Versagers gedenken, einer Patientin, bei der sich anfangs in der gewöhnlichen Weise Rückbildungserscheinungen geltend gemacht haben, dann aber, man kann wirklich sagen, ein absoluter Refraktärzustand sich eingestellt hat. Warum bei dieser Patientin, einem abgesehen von ihrem Lupus gesunden, blühenden, auf Tuberkulin positiv reagierenden Individuum von 40 Jahren, die nicht unbeträchtlichen Reste der ursprünglichen Krankheitsherde ein ganzes Jahr lang unverrückbar bestehen geblieben sind, vermögen wir nicht zu erkennen.

So gut auch die positiven Ergebnisse der SHG-Diätbehandlung bei unseren hauttuberkulösen Kranken im allgemeinen sind, sie genügen den praktischen Bedürfnissen nicht. Wer hat heutzutage das Geld für eine stationäre Lupusbehandlung von vielen Monaten, unter Umständen von 1—2 Jahren? Gewiß, das wissen wir, daß wir bei der Tuberkulose unter allen Umständen von vornherein mit langen Zeiten rechnen müssen. Diese Kenntnis zwingt aber dazu, in jedem einzelnen Falle nicht nur das eine oder andere Hilfsmittel zur Heilung in Verwendung zu ziehen — auch in der SHG-Diätbehandlung erblicken wir ein solches Hilfsmittel —, sondern alles zu tun, wovon wir uns auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnis positiven Erfolg versprechen dürfen.

Wir in Gießen werden in Zukunft die SHG-Diätbehandllung mit aller Absicht und zielbewußt mit anderen uns geeignet erscheinenden Behandlungsmethoden kombinieren. Vor allem aber das eine: wir erblicken in der Diätbehandlung der Hauttuberkulose nach Sauerbruch, Herrmannsdorfer und Gerson keineswegs den Schlußstein, vielmehr den Ausgangspunkt rationeller diätetischer Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulosetherapie im allgemeinen.

---

3. Therapie der Frostbeulen mittels Vereisung durch Chloräthylspray.

Von

Dr. **Claus Storp,**
Stabsarzt i. D. 2. (Preuß.) Sanitätsabteilung.

Es sei mir gestattet, auf eine nach meinen Erfahrungen unübertroffene Behandlungsmethode von Frostbeulen (Perniones) hinzuweisen. Wer etwa aus eigener Erfahrung den oft äußerst quälenden, lästigen Juckreiz, den Frostbeulen an Händen und Füßen hervorzurufen pflegen, kennt und weiß, wie unbefriedigend und wenig anhaltend im allgemeinen der Erfolg der Behandlung mit Salben, Bädern usw. ist, wird es begrüßen, ein Mittel zur Hand zu haben, das bei äußerster Einfachheit der Anwendung schlagartig und radikal die quälenden Symptome zu beseitigen vermag. Es handelt sich um die Vereisung der Frostbeulen mittels Chloräthylspray. Die Methode stammt nicht von mir, ich fand sie vor etwa 3 Jahren in einer Zeitschrift (diese sowie den Verf. des Artikels habe ich mir leider nicht gemerkt) angegeben und habe sie mir seitdem zu eigen gemacht. Es ist nicht zuviel gesagt, wenn ich behaupte, daß diese Methode jeder anderweitigen Behandlung überlegen ist. Nach einmaliger kurzdauernder Vereisung, wie sie etwa zur Inzision eines kleinen Abszesses verwandt wird, ist der Juckreiz im Bezirk der Vereisung verschwunden und zwar nicht nur vorübergehend, sondern dauernd. Damit ist der Patient sein an und für sich ja banales, aber erfahrungsgemäß doch sehr quälendes Leiden los, wenn auch die Infiltration naturgemäß erst allmählich schwindet. Vasomotorische Schwankungen treten nach der Vereisung in den befallenen Bezirken nicht mehr auf und bei mäßiger Dauerhyperämie findet allmählich Übergang zur normalen Haut- bzw. Gewebsbeschaffenheit statt. Der Lehrsatz „similia similibus" findet hier eine eindrucksvolle Bestätigung.

Ein erneutes Auftreten von Frostschäden an den einmal so behandelten Partien habe ich nicht erlebt; zwei Mitglieder meiner eigenen Familie sind rezidivfrei geblieben. Diese dankbare Behandlung, von der ich annehme, daß sie nur wenig bekannt ist, weiteren Ärztekreisen zur Nachprüfung zu empfehlen, soll der Zweck dieser Zeilen sein.

Diagnostisches Seminar.

Tuberkulöse Lungenblutung oder Morbus maculosus Werlhofii?

Von

Dr. **Ruschke,**
Leitender Arzt des Sanatoriums Ulbrichshöhe i. Eulengebirge.

In den Lehrbüchern wird der Morbus Werlhof meist nur kurz behandelt und gesagt, daß er, im Gegensatz zur Purpura Schoenlein-Henoch, eine nicht häufig auftretende Krankheit sei. E. Frank (Breslau) betont dagegen in seinen „hämorrhagischen Diathesen" (Enzyklopädie der klinischen Medizin), daß diese früher „Blutfleckenkrankheit" genannte hämorrhagische Diathese keineswegs so selten ist. In den Jahren 1915 bis 1923 hat er 50 Eigenfälle erlebt. Daß man in der täglichen Praxis verhältnismäßig wenig vom Morbus Werlhof hört, liegt sicher mit daran, daß viele Fälle von leichten abundanten Blutungen ihrer Geringfügigkeit halber nicht sehr beachtet werden, besonders auch diagnostisch nicht restlos ergründet werden. Aber selbst wenn ausgesprochene Symptome einer ernsteren Erkrankung, die mit spontanen Blutungen einhergeht, vorliegen, ist es oft nicht ganz leicht, differentialdiagnostische Sicherstellung zu erzielen. Dies lehrt folgender hier beobachtete Fall.

48jährige grazile Patientin in gutem Kraft- und Ernährungszustand ist uns seit Jahren bekannt und kommt regelmäßig lediglich zur Erholung ins Sanatorium, so auch im Juni dieses Jahres. Organbefund regelrecht, Reflexerregbarkeit erhöht. Am Tage nach der Aufnahme Eintritt der Menses, dabei Hämoptoe von etwa 100 ccm Blut in 8 Stunden. Keinerlei Mundschleimhautveränderungen oder Blutung der äußeren Bedeckung. Temperatur $37{,}1^0$. Bei dem zarten Habitus der Patientin wurde zuerst an eine Lungenaffektion gedacht, zumal über dem rechten Apex kleinblasige Rhonchi hörbar waren. Mikroskopisches Blutbild, Senkung, auch sonstiger Blutstatus normal. Nach 8 Tagen erneut Blutung aus dem Munde. Vor jeder Blutung allgemeines Unruhegefühl und „Kribbeln auf der Haut", besonders der Gesichtshaut. Röntgendurchleuchtung der Lungen unterblieb, da Patientin wegen großer Schwäche und der Blutungsgefahr zu Bett lag. 14 Tage nach der ersten Blutung Beginn eines linksseitigen Gesichtserysipels; die bisherigen dauernd subfebrilen Temperaturen steigen von $37{,}1^0$ auf $37{,}5^0$ für einige Tage an. Nach 8 Tagen

war das Erysipel abgeklungen, und es trat erneut Hämoptoe ohne sonstige Organsymptome auf. Da nach wie vor an eine Lungenblutung gedacht wird, wird Patientin in die nächstliegende Lungenheilanstalt überwiesen. Dortselbst während 14tägigen Aufenthaltes nur in den ersten Tagen einmal geblutet (wie immer durchschnittlich 100 bis 150 ccm in 24 Stunden). Laut Bericht des dortigen Kollegen wurde außer Lungenaffektion auch auf Ösophagusdivertikulum gefahndet. Der erhobene Röntgenbefund ergab nichts Pathologisches, nur einzelne disseminierte Fleckschatten über den Lungen. Magenuntersuchung ohne krankhaften Befund. Zum erstenmal aber wurden am Tage der Blutung die Thrombozyten gezählt und eine Herabminderung derselben auf 32000 festgestellt. Wegen Fehlens aller sonstigen, für eine hämorrhagische Diathese sprechenden Symptome lenkte man in der Heilanstalt immer noch den Verdacht auf tuberkulöse Lungenaffektion. Die Patientin hatte sich inzwischen gekräftigt und wurde nunmehr in eine Universitätsklinik verlegt, woselbst sie 3 Wochen verblieb. In dieser Zeit hatte sie niemals Blutungen und bot dauernd ein normales Blutbild, besonders auch in bezug auf die Thrombozytenzahl (212000). Lediglich eine Gastritis wurde gastroskopisch festgestellt, die seitens der Klinik laut Bericht als Ursache der im Sanatorium und in der Lungenheilanstalt beobachteten Blutungen angenommen wurde. Patientin kam nunmehr zur Erholung wieder in das Sanatorium zurück, um nach 8tägigem Wohlbefinden erneut zu bluten. Jetzt aber bot sich das klassische Bild des Morbus Werlhof: Blutblasen an der Mundschleimhaut, Hautpetechien, Sugillationen nach Injektionen usw. Thrombozyten vermindert auf 30000. Jeden zweiten Tag Blutungen, durchschnittlich 100—150 ccm, etwa 3 Wochen lang. Nunmehr erneut Verlegung in eine Universitätsklinik zwecks weiterer Behandlung.

Der angeführte Fall lehrt verschiedenes: Einmal zeigt er, daß man auch an einen Morbus Werlhof denken muß, wenn lediglich Blutungen (ex ore, menstruell in stärkerer Form) bestehen, ohne daß „Blutflecken" auf der Haut oder Blutblasen der Schleimhaut sich zeigen. Frank (Breslau) betont dieses Moment besonders. Ferner liegt hier ein Fall vor, bei dem in den Nichtblutungszeiten die Thrombozyten normale Werte zeigten. Hierdurch, sowie durch das anfängliche Fehlen der für Morbus Werlhof charakterisierten Hauterscheinungen, war die Diagnose erschwert. Sie wäre früher gestellt worden, wenn gleich anfangs an den Blutungstagen die Thrombozyten gezählt worden wären.

Interessant ist sodann das Dazwischenauftreten eines Gesichtserysipels. Wenn auch die Ätiologie für die meisten Fälle des Morbus Werlhof unklar ist, so neigen manche Autoren noch dazu, eine infektiöse Ursache für den Morbus Werlhof anzunehmen. Bei Kindern hat man Beziehungen zu Masern und Scharlach gefunden. Unter Umständen hat in unserem Falle das Erysipel mit dazu beigetragen, daß die Tendenz zu erneuter Thrombopenie und damit Blutungen weiterhin bestand.

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Was versteht man unter vegetativer Stigmatisation?

Von

Prof. **Dresel** in Berlin.

Im Jahre 1910 haben Eppinger und Heß den Versuch gemacht, durch die Lehre von der Vagotonie und Sympathikotonie die Neuroselehre zu objektivieren und die verschiedensten nervösen Störungen an den inneren Organen bei der Hysterie und Neurasthenie auf eine besondere Ursache zurückzuführen, nämlich auf die veränderte Funktion des vegetativen Nervensystems.

Die physiologischen und pharmakologischen Untersuchungen jener Zeit hatten ergeben, daß bis zu einem gewissen Grade ein Antagonismus in der Funktion der beiden großen Abschnitte des vegetativen Nervensystems, dem Parasympathikus (erweiterter Vagus) und dem Sympathikus existiert. Durch eine dauernde tonische Innervation in den beiden Systemen werden die Erfolgsorgane der vegetativen Nerven in einem gewissen Gleichgewichtszustand gehalten, der normalerweise einer zweckmäßigen Mittellage entspricht. Durch Impulse in dem einen oder anderen Nervensystem wird die Gleichgewichtslage nach der Seite des einen oder des anderen Extrems verschoben.

Eppinger und Heß glaubten aus ihren Untersuchungen schließen zu können, daß bei manchen Menschen die Gleichgewichtslage entweder zugunsten des erweiterten Vagus oder zugunsten des Sympathikus verschoben ist und bezeichneten diese Zustände als Vagotonie bzw. Sympathikotonie.

Bei der pharmakodynamischen Untersuchung mittels der sogenannten vegetativen Pharmaka glaubten sie feststellen zu können, daß die Menschen mit Vagotonie nur auf das vagotrope Pilokarpin, die Menschen mit Sympathikotonie nur auf das sympathikotrope Adrenalin stark reagieren.

Dieser Antagonismus in der Pilokarpin- und Adrenalinwirkung ist in einer großen Anzahl von Fällen nicht vorhanden, wie von zahlreichen Forschern nachgewiesen worden ist. Auch von Bergmann konnte die Angaben von Eppinger

und Heß nicht verifizieren und machte darauf aufmerksam, daß wohl in jedem Falle, in dem vegetativ nervöse Störungen zu beobachten sind, im parasympathischen und sympathischen System Reizerscheinungen vorkommen, z. B. neben der durch Vaguserregung bedingten Bradykardie, das durch Sympathikusreizung erklärbare Glanzauge und viele andere Symptomenkomplexe, in denen parasympathische und sympathische Reizerscheinungen in bunter Mischung zu beobachten sind.

Diese Tatsache hat von Bergmann veranlaßt, alle jene Menschen, bei denen Störungen im vegetativen Nervensystem zu beobachten sind, „als „vegetativ stigmatisiert" zu bezeichnen, und auf die Diagnose „Vagotonie" und „Sympathikotonie" völlig zu verzichten. — Von Bergmann wollte also in der Gruppe der „vegetativ Stigmatisierten" alle jene Menschen zusammenfassen, bei denen die Erfolgsorgane des vegetativen Nervensystems Abweichungen von der normalen Funktion aufweisen.

Die Bezeichnung „vegetativ Stigmatisierte" hat sich insofern als besonders glücklich erwiesen, als die Forschungen der letzten Jahre gezeigt haben, daß eine Trennung von vegetativem Nervensystem und vegetativem Erfolgsorgan in funktioneller Beziehung nicht möglich ist. Weil die Wirkung der Nervenerregung weitgehend abhängig ist von dem Zustand des Erfolgsorgans, und weil der Zustand des Erfolgsorgans durch Elektrolyteinflüsse und hormonale Substanzen verändert wird, hat F. Kraus den gesamten vegetativen Apparat als vegetatives System zusammengefaßt. Von Bergmann konnte, der neuen Erkenntnis Rechnung tragend, die Bezeichnung „vegetativ stigmatisiert" auf alle die Patienten ausdehnen, die Störungen im vegetativen System aufweisen.

Die Gruppe der vegetativ Stigmatisierten ist dadurch sehr groß geworden und es ergab sich zwangsläufig die Aufgabe, besondere Konstitutionstypen in dieser Gruppe herauszuheben.

Es ist von Bergmann gelungen einen solchen Konstitutionstyp als Mikrobasedow sine morbo abzugrenzen. Bei dieser Gruppe von vegetativ Stigmatisierten handelt es sich um Menschen, die keine Grundumsatzsteigerung wie beim Basedow aufweisen, die aber ein Glanzauge und oft auch einen leichten „Blähhals" haben, die eine Neigung zur Tachykardie zeigen, deren psychische Reaktionen affektbetont und affektlabil sind und die überhaupt gewisse Anlagen erkennen lassen, wie sie in viel ausgesprochenerem Maße beim Basedow zu finden sind. Durch verschiedene Untersuchungen ist es wahrscheinlich gemacht worden, daß bei diesen Menschen eine Substanz im Blute enthalten ist, die Thyroxinwirkung aufweist und die geeignet ist, Änderungen der Erregbarkeit des vegetativen Systems hervorzurufen.

Unter vegetativer Stigmatisation versteht man also eine Abweichung in der Funktion des vegetativen Systems, die sehr verschiedenartig zum Ausdruck kommen kann, je nachdem ob Störungen des vegetativen Nervensystems, ob hormonale Veränderungen der Blutzusammensetzung oder Elektrolytverschiebungen in der Zelle des Erfolgsorgans ihr zugrunde liegen. Es wird die weitere Aufgabe der Forschung sein, in der gleichen Weise wie es für den Mikrobasedow sine morbo gelungen ist, einzelne Konstitutionstypen mit bestimmten und bestimmbaren Veränderungen im vegetativen System unter den vegetativ Stigmatisierten zu unterscheiden.

---

2. Welches sind die gebräuchlichsten Wehenmittel?

Von

Prof. **Sachs** in Berlin.

Vorbemerkungen: Wehenmittel kat' exochen sind die Hypophysenhinterlappenpräparate; dazu kommen noch Chinin, mechanische Reizmittel (Reiben der Gebärmutter) und Wärme.

Von den Hypophysenpräparaten nenne ich: Pituglandol, Pituigan, Hypophysin, Orasthin, Thymophysin und Pituitrin. Sie sind nach Voegtlin-Einheiten (VE.) eingestellt. Das englische Pituitrin enthält im Kubikzentimeter 10 VE., die genannten deutschen Präparate kommen in 2 Stärken in den Handel, zu 3 und zu 10 Einheiten im Kubikzentimeter. Letztere Packungen tragen die Bezeichnung „stark".

Die verschiedenen Präparate sind gleichwertig.

Dem Orasthin fehlt die den Blutdruck steigernde Komponente, es kann daher auch in Fällen erhöhten Blutdrucks gegeben werden, wenn man die anderen Präparate vermeiden will, z. B. bei Eklampsie.

Allgemeines: Die normale Dosis ist 3 VE. Die „stark"-Präparate sind für geburtshilfliche Zwecke überflüssig und wegen der Gefahr einer Verwechslung durch weniger erfahrene Ärzte gefährlich.

Die gebräuchlichen Darreichungsformen sind die intramuskuläre und die intravenöse. Die Wirkung der intramuskulären Injektion, nach etwa 10 Minuten eintretend, ist nach etwa $^3/_4$ Stunden vorüber; dann kann die Injektion unbedenklich wiederholt werden. Eine Kumulation gibt es nicht, auch keine sekundäre Erschlaffung, wie oft behauptet wird. Wohl aber tritt unter Umständen nach dem Aufhören der Wehenwirkung die ursprüngliche Wehenlosigkeit, alias Atonie, wieder ein.

Dies kann mit Blutungen einhergehen, falls das Abklingen der Wirkung in die Nachgeburtsperiode fällt. Deshalb wiederhole man in diesen Fällen gleich nach der Geburt des Kindes die Injektion und gebe bei Wehenlosigkeit nach Lösung der Plazenta stets zugleich

ein gut wirkendes Sekalepräparat, das zur Dauerkontraktion führt und nicht zu rhythmischen Wehen mit ihren gefahrvollen Wehenpausen. (Secacornin 2 ccm, Clavipurin 1 ccm, Gynergen $^1/_2$ ccm; alles intramuskulär).

Die intravenöse Injektion unterscheidet sich von der intramuskulären durch Schnelligkeit des Wirkungseintritts, Sicherheit und Stärke der Wirkung. Die erste Wehe tritt oft noch während der Injektion ein, sie dauert, unterbrochen von kleinen Erschlaffungen 5—10 Minuten und führt oft zu einem meist ungefährlichen Absinken der kindlichen Herztöne, die sich nach Abklingen des ersteu Wehensturmes schnell erholen. Die dem Wehensturm folgenden Wehen halten etwa $^1/_2$ Stunde in rhythmischen Pausen an.

Bei der intravenösen Injektion ist langsames Injizieren Vorbedingung (1 ccm in der Minute). Dann erlebt man auch bei den alten, von der blutdrucksteigernden Komponente nicht befreiten Präparaten keine ernsten Zwischenfälle, höchstens vorübergehendes Erblassen.

Alle Wehenmittel wirken um so sicherer, je besser die schon vorhandenen Wehen sind, z. B. zur Geburtsbeschleunigung bei Fieber, zur Verstärkung schon vorhandener Wehen bei fehlender Bauchpresse usw.

Alle Wehenmittel wirken um so sicherer, je weiter die Geburt fortgeschritten ist, d. h. ganz unsicher zur Einleitung einer Frühgeburt, etwas besser zur Wehenerregung am normalen Ende der Schwangerschaft, ziemlich sicher in der Eröffnungsperiode, wenn schon leichte Wehen vorhanden sind, viel besser in der Austreibungsperiode, wo es sich meist um sekundäre Wehenschwäche handelt und am besten, fast ohne Versager, in der Nachgeburtsperiode.

Indikation für die intravenöse Injektion:

1. Versagen der intramuskulären Injektion.

2. Notwendigkeit einer sofort eintretenden Wirkung, z. B. zur Unterstützung einer Zangenextraktion bei schon angelegter Zange, zur Unterstützung der Extraktion am Beckenende nach vollendeter Wendung, zur sofortigen Blutstillung beim Kaiserschnitt nach Entwicklung des Kindes.

3. Notwendigkeit einer sehr starken, wenn auch nur kurz dauernden Wirkung, z. B. zur Überwindung eines leicht verengten Beckeneingangs, wenn die gereifte geburtshilfliche Erfahrung es wahrscheinlich macht, daß besonders kräftige Wehen den Durchtritt des Kopfes durch den verengten Beckeneingang erzwingen können.

4. Stets in der Nachgeburtsperiode (s. später).

Kontraindikationen, giltig für alle Wehenmittel und alle Darreichungsformen: Drohende Uterusruptur, unüberwindliches Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken, Quer- und Schieflagen.

Spezielles: Geburtseinleitung: Bei vollkommen fehlender Wehentätigkeit nützen die Hypophysenpräparate meist nichts. Versuche mit $^1/_2$ stündl. Injektion von 1—2 VE. sind bisweilen erfolgreich. Man versuche durch 2 Eßlöffel Rizinusöl und, nach erfolgter Entleerung, durch Darreichung von 3 mal 0,3 Chinin innerhalb einer Stunde den Uterusmuskel zu sensibilisieren. Sind erst schwache Wehen eingetreten, so gelingt es oft mit Thymophysin (1 ccm i. m.) die Wehen in Gang zu halten. Thymophysin wirkt in der Eröffnungsperiode sicherer als die anderen Hypophysenpräparate. Beim Fehlen oder nach Abflauen der Wirkung kann man noch einmal 1 ccm injizieren. Wenn dies erfolglos bleibt, dann warte man ab und wiederhole Chinin und Thymophysin am nächsten Tage noch einmal.

Eröffnungsperiode: Thymophysin besser als die anderen Präparate, die aber oft auch gut wirken. Dosis 1 ccm, eventuell nach 1 Stunde zu wiederholen. Die Furcht vor Schädigung des Kindes (Asphyxie) oder der Mutter (Krampfwehen) ist vollkommen unbegründet. Intravenöse Injektion von Pituglandol und ähnlichem in der Eröffnungspause nur beim Versagen der intramuskulären Injektion, dann nur $^1/_2$ ccm.

Austreibungsperiode: Hier wirken die Hypophysenpräparate so sicher, daß Thymophysin keine Berechtigung mehr hat. Wiederholung eventuell nach 1 Stunde. Über intravenöse Injektion s. oben.

Vorsicht bei jeder Hypophysenmedikation bei alten I. pp. mit rigiden Weichteilen und straffem Damm. Hier muß alles zur sofortigen Zangenentbindung oder zum Scheidendammschnitt vorbereitet sein, da das Kind die starke Kompression zwischen Wehenwirkung und straffem Damm bisweilen nicht aushält.

Nachgeburtsperiode: Hier gebe man die Hypophysenpräparate nur intravenös. Man erreicht dabei dreierlei.

1. Sofortige Blutstillung, dauernd, solange die erste Wehenperiode anhält. Dadurch Zeit zum Desinfizieren für etwa nötig werdende Plazentarlösung.

2. Lösung der Plazenta durch die bald rhythmisch werdenden Wehen.

3. Möglichkeit eines Credés an dem steinharten Uterus, während der atonische Uterus vorher sich kaum umfassen, jedenfalls nicht exprimieren ließ.

Auch nach Entfernung der Plazenta kommt bei Atonien nur die intravenöse Injektion in Betracht, da sie sicherer und schneller wirkt. 3 VE. = 1 ccm genügen stets. Man gebe zur Erzielung einer Dauerwirkung bei allen Nachgeburtsblutungen zugleich ein Sekalepräparat, dessen Wirkung erst nach $^1/_4$ Stunde eintritt, aber viel länger anhält.

Den früher nach Hypophysenpräparaten in der Nachgeburtsperiode bisweilen beschriebenen Spasmus des inneren Muttermundes und dadurch be-

dingte Inkarzeration der Plazenta habe ich nie gesehen, die Furcht davor ist unbegründet.

Thermische und mechanische Reize haben seit der Auffindung der Hypophysenpräparate an Bedeutung verloren, sie kommen nur unterstützend in Betracht: Reiben und Klopfen des Uterus besonders nach Austritt der Plazenta.

Bisweilen wirkt Morphium (0,02 g) mittelbar als Wehenmittel, da es bei Übermüdung für Schlaf sorgt, wonach dann bisweilen spontan Wehen einsetzen. Wegen der Geburtsverzögerung und nicht vorauszusehender Einwirkung auf das Kind halte ich dies Mittel nicht für ganz unbedenklich.

3. Kann der Praktiker eine Morphiumentziehungskur durchführen?

Von

E. Bratz,

Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin.

Eine Morphiumentziehungskur sollte im allgemeinen nur in der geschlossenen Anstalt durchgeführt werden. Auch in der offenen Abteilung (Sanatorium, Kurhaus) einer gemischten Irren- und Nervenheilanstalt läßt sich die Gewähr für die vollständige Durchführung einer Entziehung nur erreichen, wenn eben alle Bedingungen der geschlossenen Anstalt erfüllt sind, wenn der Kranke die Abteilung nicht verlassen kann, das Personal zuverlässigerweise kein Morphium hineinschmuggelt, die Besucher entsprechend kontrolliert werden usw.

Die aus der starken Sucht sich ergebende Energie und List vieler Morphinisten behufs heimlicher Erreichung des Narkotikums ist ja bekannt.

Die jetzt von allen Erfahrenen geübte plötzliche und völlige Entziehung bei Morphinisten wie bei Alkoholisten braucht zu ihrer Durchführung gegen den oft willig kommenden, aber schon nach einem halben Tage heftig revoltierenden Kranken erst recht der Mittel einer geschlossenen Anstalt. Auch nach der meist in einigen Tagen bis Wochen erreichten Befriedung des Kranken, der nun erklärt, sich ohne Morphium viel wohler zu fühlen, und nie wieder solches zu gebrauchen, ist doppelte Vorsicht und Überwachung seitens des Arztes und des Pflegepersonals in den folgenden Monaten erforderlich, um nicht in grobe Täuschungen zu verfallen.

Gegen die hier dargelegte Meinung werden seitens mancher Ärzte Einzelfälle geltend gemacht, in denen es dem Praktiker gelungen ist, ohne Hilfe der Anstalt die Morphiumentziehung zu erreichen. Mancher erfahrene Psychiater wird wie ich zu diesem Kapitel berichten können, daß es ausnahmsweise einem Morphinisten, ebenso vereinzelten Alkoholikern sogar gelingt, aus eigenem Entschlusse ihre Sucht zu hemmen, sich das Morphium selbst zu entziehen. Solche vereinzelten Fälle sagen gar nichts gegenüber der erdrückenden Mehrzahl der anderen, welche im Interesse der Kranken die dringende Forderung erheben lassen, daß der Praktiker sich nicht auf den Versuch einer Morphiumentziehung einläßt.

Bei solcher Voranstellung des Krankenwohles brauchen die wirtschaftlichen Interessen des praktischen Arztes nicht Not zu leiden, wenn die zu bewältigenden Aufgaben richtig zwischen Anstalt und einweisendem Arzte verteilt werden. Der Praktiker sollte einerseits darauf dringen, daß der Morphinist möglichst früh bei noch günstiger Prognose in die Anstalt kommt; die Anstalt ihrerseits muß dafür sorgen, daß die Süchtigen nach erfolgter Entziehung wieder in die Behandlung und Beaufsichtigung des einweisenden Arztes zurückkommen. Hier ist ein großes, bisher fast gar nicht bearbeitetes Feld für die Tätigkeit des praktischen Arztes gegeben. Jeder von der Anstalt als „geheilt“ entlassene Morphinist bedarf draußen noch jahrelang regelmäßiger Kontrolle. Diese muß verschärft einsetzen, wenn Anlaß zu etwaigem Morphiumgebrauch (Gallensteinkoliken, Aufregungen) draußen wieder eintritt. Selbst vor prophylaktischer Wiedereinweisung in die Anstalt für ganz kurze Zeit sollte in solchen Gefahrsstadien der Praktiker nicht zurückschrecken.

Bei derartigem Zusammenarbeiten der Praktiker und der Anstalten könnte die Zahl der stetig weiterspritzenden Morphinisten erheblich heruntergedrückt werden.

4. Können durch die Bluttransfusion Charakterveränderungen herbeigeführt werden?

(wie sie in dem Roman in der Berliner Illustrirten Zeitung geschildert werden).

Von

Prof. **H. Wildegans** in Berlin-Nowawes.

Die Bluttransfusion ist spekulativem Boden entsprossen. Bei den ersten Transfusionen wurde Geisteskranken Lammblut infundiert, um sie durch den Lebenssaft des friedfertigen Tieres zu besänftigen. Bald danach taucht die Frage auf, ob man nicht durch wiederholten wechselseitigen Blutaustausch uneinige Eheleute und Geschwister aussöhnen könne. Die alte Vorstellung, daß mit dem Blute bestimmte Eigentümlichkeiten übertragen werden könnten, lebt im Volke fort und äußert sich sowohl in gelegentlichen Bedenken beim Vorschlag der Transfusion, sowie in steigendem Maße in der Literatur, deren Produkte sich in seltsamer Weise mit den durch die Blutmischung angeblich hervorgerufenen Charakteränderungen befassen. Diese sollen sich insbesondere in vorübergehenden oder dauernden Umstellungen des Trieblebens, seelischen Schwankungen und Gefühlsverirrungen zeigen. Entgegen dem Volksglauben, daß das Blut der Sitz der Seele bzw.

der Temperamente sei, ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft ebenso wie für die Willensäußerungen, so auch für die Instinkthandlungen das Zentralnervensystem bzw. das Gehirn als Auslösungsort anzusehen (animalischer Automatismus — élan vitale). Das autonome System kann gewiß auch durch Reizstoffe beeinflußt werden, die sich außerhalb des Nervensystems im eigenen Körper bilden oder von außen zugeführt werden (Hormone). Die Transfusion ist die Transplantation eines flüssigen Gewebes, durch die die morphologischen Bestandteile, das Plasma mit den verschiedensten Eiweißkörpern, Fetten, Lipoiden, organischen, anorganischen Stoffen usw. und auch geringe Inkretmengen übertragen werden. Aus der Transplantationslehre ist zur Genüge bekannt, daß selbst die dauernde Verpflanzung z. B. von Epithelkörpern, Ovarien, Testes den Empfänger nur eine kurze Zeit im Sinne der überpflanzten Gewebe, also stets nur vorübergehend, niemals für die Dauer umstellen kann. In gleicher Weise können die bei der Blutübertragung applizierten Stoffe den Körper nur über eine Krise hinwegführen. Eine Steigerung des Lebens- und Kräftegefühls ist der Transfusion vielfach zu danken. Insofern besteht eine Wechselwirkung zwischen seelischen und körperlichen Vorgängen, zwischen Seele und Leib. Es handelt sich dabei jedoch nur um eine Wiederkehr vorher vorhandener Lebensäußerungen. Die Charaktereigenschaften werden ebenso, wie etwa der Körperbau, vornehmlich durch die Erbmasse bestimmt. Niemand wird annehmen, daß ein Häßlicher durch das Blut eines Adonis zur Schönheit wird. Die einmalige oder auch öfter wiederholte Überleitung von einigen hundert Kubikzentimeter Blut kann an der Erbmasse nichts ändern und ist für den Charakter ebenso unwesentlich wie die Transplantation eines Faszienstreifens.

In der Fachliteratur finden sich keinerlei Beobachtungen über Charakterveränderungen nach Blutübertragungen. Auch die eigene Erfahrung, die sich über mehrere hundert Transfusionen erstreckt, hat niemals auch nur den geringsten Anhaltspunkt für eine Umstimmung der Persönlichkeit des Empfängers ergeben.

„Was sich nie und nimmer hat begeben, das allein veraltet nie."

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung

1. Innere Medizin.

Die Rolle der Leber bei der Dekompensation des Herzens

beschreibt Zack (Wien. klin. Wschr. 1930 Nr. 52). Außer den bekannten pathologischen Veränderungen im Sinne der venösen Stase und sekundären Induration weist die Leber einen bedeutenden Einfluß auf den Wasserhaushalt des Körpers auf. Schon früher zeigten Belastungsproben mit Chloriden dieselben Störungen bei Leberkranken wie bei Patienten mit kardialen und venalen Ödemen. Ferner gelang es, durch Applikation von Lebersubstanz eine Steigerung der Diurese bei Mensch und Tier hervorzurufen. Ein Hauptwasserspeicher im Körper ist das Bindegewebe der Kutis, dessen Wasserbindungsvermögen oder Wasseravidität der Quellungsstärke der Gewebskolloide parallel läuft. Verf. weist nun darauf hin, daß dekompensierte Patienten mit großer Leber meist eine eigentümlich trockene Hautoberfläche mit verminderter Schweißabsonderung und Perspiratio insensibilis besitzen. Diese Trockenheit ist bedingt durch erhöhte Wasserbindung im Hautbindegewebe. Die primäre Ursache dafür stellt die Leberschädigung dar, deren maßgebende Rolle aus der experimentellen Beobachtung erhellt, daß Tiere mit künstlich geschädigter Leber eine Störung des Wasserhaushaltes erleiden, die sich neben anderen Symptomen besonders in der Veränderung der sogenannten Quaddelzeit des kutanen Gewebes (McClure und Aldrich) auswirkt. Dies ist die von der Anlage einer intrakutanen 0,2 ccm physiologischen Kochsalzlösung enthaltenden Quaddel bis zu ihrem Verschwinden verstrichene Zeit. Normalerweise beträgt sie durchschnittlich 48 Minuten. Diese Quaddelzeit wird bei künstlicher Schädigung der Leber beträchtlich herabgesetzt, d. h. die Resorption der Lösung findet schneller statt als gewöhnlich. Die gleiche Beobachtung kann man auch bei dekompensierten Vitien mit großer Leber machen. Gesteuert wird also die Quaddelzeit durch die Leber, bedingt durch die vermehrte Wasseravidität des umliegenden Gewebes. Der Sinn dieses erhöhten Wassergehaltes ist zweifellos, eine Entlastung des überfüllten venösen Systems und damit des rechten Herzens zu bewirken. Es führt also eine gerade Linie vom partiellen Versagen des rechten Ventrikels über die Leberstase und Stauungsleber zur Leberschädigung und zweckmäßigen Wasserverteilung durch die Leber, als deren Symptome wir Ödeme und Trockenheit der Haut in gleicher Weise betrachten dürfen. Denn durch die höhere Wasseravidität der Kutis wird der normale Abfluß nach außen — besonders in Form von Schweiß — gehemmt. Wie man sich im einzelnen die Einwirkung der Leber auf den Wasserhaushalt vorzustellen hat, bedarf es noch weiterer Untersuchungen.

Über den Diabetes in Beziehung zur Umwelt und Trauma

bringt Umber (Klin. Wschr. 1931 Nr. 1) eine Abhandlung. Wir wissen heute, daß es zwei wesensverschiedene Arten von Glykosurie gibt, und daß Zuckerausscheidung noch keine Zuckerkrankheit bedeutet. Verf. nimmt absolut den Standpunkt ein, daß der echte Diabetes nur durch eine Störung des Inselapparates entsteht, wodurch die Störungen im Kohlehydratstoffwechsel ausgelöst werden. Folgeerscheinungen dieser Stoffwechselstörungen sind Erhöhung des Zuckergehalts im Blut, Zuckerausscheidung im Harn, Toleranzsenkung für Kohlehydrate, die schließlich zur Azidose mit allen ihren Folgeerscheinungen führen. Die Störung der Insulinproduktion beim Zuckerkranken beruht fast ausschließlich auf einer kongenitalen Minderwertigkeit des Organs. Dafür spricht auch die bekannte Tatsache, daß diese Krankheit sich häufig hereditär vorfindet.

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Zuckerausscheidern dagegen ist gar nicht zuckerkrank im klinischen Sinne, es sind dies diejenigen Fälle, bei denen eine extrainsuläre Reizglykosurie vorliegt, die auf einer nervösen Fehlsteuerung der Glykopoese in der Leber beruht. Diese Störungen, die man auch als renalen Diabetes bezeichnet hat, können spontan auftreten oder durch ein körperliches oder toxisches Trauma ausgelöst werden, wie z. B. durch Schädigung des Zentralnervensystems und Kohlenoxydvergiftungen. Diese extrainsulären Reizglykosurien unterscheiden sich vom Diabetes dadurch, daß ihr Verlauf durchaus gutartig ist, und daß die Toleranz für Kohlehydrate auch bei lange bestehender Störung nicht abnimmt. Die Urinmengen sind selbst bei mehrprozentiger Zuckerausscheidung normal, gleichfalls ist der Blutzucker normal oder nur wenig erhöht. Ein wesentliches charakteristisches Merkmal ist die sogenannte Insulinresistenz der extrainsulären Glykosurie. Die Zuckerausscheidung wird nach Beobachtung des Verf. an über 150 Fällen selbst durch hohe Insulindosen nicht oder nur unbedeutend verringert. — Die Blutzuckerwerte sinken natürlich, wie auch bei normalen Menschen, auf die Insulingaben ab. Der extrainsuläre Diabetes ist nicht immer leicht festzustellen; zur sicheren Diagnose bedarf es fast immer längerer klinischer Beobachtung. Da der extrainsuläre Diabetes keine eigentliche Krankheit, sondern vielmehr eine harmlose Stoffwechselanomalie auf nervöser Grundlage darstellt, die weder die Kohlehydrate der Kost entwertet, noch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, kann sie niemals Gegenstand einer Entschädigungspflicht oder Berufserkrankung werden. Der echte insuläre Diabetes dagegen bedeutet immer eine schwere Krankheit, die selbst trotz der modernen Therapie stets Gefahr für den Betroffenen in sich birgt. Kann nun ein echter Diabetes durch äußere Einwirkung hervorgerufen oder verschlimmert werden? Eine Schädigung eines normalen, vollwertigen Inselapparates kann nur dann Diabetes erzeugen, wenn sie denselben zum größten Teil zerstört; eine partielle Schädigung des Pankreas erzeugt keinen Diabetes, sofern ein gesunder Inselapparat vorliegt, da der verbleibende gesunde Rest vollkommen ausreicht. Dagegen kann eine solche teilweise Schädigung eines von Haus aus minderwertigen Inselapparates einen Diabetes manifest machen. Unter den Schädigungen des Pankreas, die hier in Frage kommen, spielen Infekte die Hauptrolle, vor allen Dingen solche, die die Bauchspeicheldrüse direkt, oder was häufiger ist, von den Gallenwegen her treffen. Allerdings gehören solche Vorkommnisse zu großen Seltenheiten. Daher finden wir auch bei der Mehrzahl der Pankreaserkrankungen keine diabetische Stoffwechselstörung. Im allgemeinen liegt keinerlei Veranlassung vor, den Diabetes in die bisher gesetzlich entschädigungspflichtigen gewerblichen Berufskrankheiten aufzunehmen. Gerade die Untersuchungen an einem riesigen Menschenmaterial während des Krieges und kurz nach dem Kriege haben gezeigt, daß der Prozentsatz der Diabetiker bei den allen Schädigungen und Strapazen ausgesetzten Soldaten nicht zugenommen hatte. v. Noorden hat bereits 1916 die Vermutung geäußert, daß die weitaus größte Zahl der im Kriege erkrankten Diabetiker schon als verkappte Zuckerkranke ins Feld zogen, und daß der Ausbruch des Leidens durch die Kriegserlebnisse nur beschleunigt wurde. Eine andere wichtige Frage ist die, ob ein bereits bestehender Diabetes durch äußere Traumen wesentlich verschlimmert werden kann. Nach der Beobachtung des Verf. sind diese Schädigungen, wenn sie auftreten, nur vorübergehender Natur, nie aber dauernd, was versicherungsrechtlich von allergrößter Wichtigkeit ist. Wesentliche Verschlimmerungen bei Zuckerkranken durch traumatische Einflüsse hat er nur in den allerseltensten Fällen anerkennen können. Für die Seltenheit einer Dauerschädigung nach Trauma spricht auch die Tatsache, daß Verf. aus seiner langjährigen Obergutachtertätigkeit nur zwei Fälle anführen kann, wo dies der Fall sein konnte. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß ein echter insulärer Diabetes durch psychische Traumen überhaupt nicht verursacht werden kann und durch körperliche Traumen nur dann, wenn durch den Unfall der größte Teil der Bauchspeicheldrüse zerstört worden ist. Verschlimmerungen eines schon bestehenden Leidens sind möglich, aber in der Regel unwesentlich und leicht durch geeignete Therapie wieder zu beseitigen. Eine Entschädigungspflicht für die Verschlimmerung eines Diabetes kommt daher fast nie in Frage.

G. Zuelzer (Berlin).

Echte typhöse Enzephalitis.

Selbst so genau gekannte Krankheitsbilder wie der Typhus erscheinen im Licht anderweit erworbener Kenntnisse verändert. So gibt es nach

J. Chalier eine echte typhöse Enzephalitis. (L'encéphalite typhique, J. Méd. Lyon 5. Juni 1930 S. 329.) So selten man sie angenommen hat, ist diese typhöse Enzephalitis gar nichts Ungewöhnliches. Allerdings hatte man vor den Erfahrungen mit der Encephalitis endemica kaum einen Begriff von der Vielgestaltigkeit der Symptomatologie, nicht zu reden von leichten und larvierten Formen. Klinisch unterscheidet man beim Typhus als charakteristische Formen: die ophthalmo-psychische; die rein psychische mit akuten Delirien oder Rekonvaleszenzdelirien eventuell mit bleibenden Veränderungen, einem an die progressive Paralyse erinnernden Zustand. — Ferner die hemiplegische und die aphasische Form nebst deren Kombination, die Krampfform mit möglichem Übergang in einen bleibenden epileptischen Zustand, die spastisch-zerebelläre Form die ein mehr oder weniger typisches Bild der multiplen Sklerose oder das einer akuten Ataxie darbieten kann. Neben solchen ausgeprägten Formen muß man frustrane oder larvierte Formen der typhösen Enzephalitis annehmen, z. B. die typhösen Psychosen, die in Abwesenheit der typischen Darmerscheinungen sich mehr oder weniger vollkommen hinter der Maske einer geistigen Verworrenheit verbergen, weiter sogenannte heilbare meningeale Zustände, eine Anzahl von puriformen aseptischen Meningitiden scheint zu dieser Kategorie zu gehören. Nicht einmal die schweren Formen der klassischen typhösen Benommenheit (Typhos) ermangeln des Anreizes sie in der Zahl der typhösen Hirnentzündungen einzureihen. Die Liquoruntersuchung stützt die Diagnose. Die Veränderungen: mäßige Lymphozytose, was wichtig, von wechselndem Ausmaß; normale Glykyrrhachie; Mangel an pathogenen Keimen selbst beim Kulturverfahren — schließen eine Infektion der Meningen aus und weisen auf einen Entzündungszustand in der Nachbarschaft hin. Übrigens gleichen sie ganz den von der Encephalitis endemica her bekannten Veränderungen.

Der Wert des weißen Blutbildes beim Scharlach.

(J. Chalier, Mlle G. Pallot & Roman-Monnier: Valeur de la formule leucocytaire et notamment de l'éosinophilie dans la scarlatine régulière, J. Méd. Lyon 1930 5. Juni S. 353.) Die Leukozytose ist konstant, meist bewegt sie sich zwischen 12000 und 20000. Die neutrophile Polykaryose gehört dem Anfang an, sie ist vorübergehend und mäßig. Die initiale Monokaryopenie erstreckt sich ausschließlich auf die Lymphozyten, die Monozyten sind normal oder vermehrt an Zahl. Zuverlässig ist die Eosinophilie zwischen 6 und 10 Proz. im Mittel, sie ist besonders ausgesprochen im Invasionsstadium und während des Exanthems, erschöpft sich aber damit keineswegs und ließ sich im Mindestfall 25 Tage lang verfolgen. Der Charakter dieser Eosinophilie kann differentialdiagnostisch den Ausschlag geben gegenüber skarlatiniformen Erythemen z. B. nach Serumbehandlung der Diphtherie, da hierbei die Eosinophilie weniger regelmäßig, weniger stark, weniger andauernd ist.

Fuld (Berlin).

2. Chirurgie.

Über die Behandlung des varikösen Unterschenkelgeschwürs

schreibt A. Dickson Wright (Proc. roy. Soc. Med. Mai 1930): Bei Krampfadern und deren schwersten Folgezuständen, dem Ulcus cruris, besteht innerhalb des Venensystems des befallenen Beins ein umgekehrter Kreislauf, soweit diese keine offene Verbindung mit der Vena saphena magna haben. Diese Tatsache, die nicht allgemein bekannt ist, kann experimentell nachgewiesen werden: bindet man bei einem derartigen Kranken im Stehen eine Kanüle ein und leidet diese in ein langes Manometerrohr, dann steigt das Blut sofort bis zur Höhe des Schlüsselbeins; läßt man den Kranken pressen, dann erfolgt ein noch weiteres Ansteigen um ca. 60 cm. Der Druck, der in diesem Rohr herrscht, beträgt 170 mm Quecksilber, er übertrifft also den normalen arteriellen Blutdruck des Erwachsenen. Aus diesem Versuch kann man ersehen, welch gewaltiger Stauung die unteren Gliedmaßen bei dem Vorhandensein von Krampfadern ausgesetzt sind. Es nimmt dann auch nicht mehr wunder, daß es bei der Bildung von Krampfadern nicht bleibt, sondern daß Beingeschwüre, hartnäckige Ödeme und Ekzeme, auch Periostveränderungen sich einstellen müssen. Die erheblichen Beschwerden, die diese Beinkranke, die ja durchweg der schwerarbeitenden Bevölkerung angehören, haben, sind bekannt: kontinuierliche Schmerzen, die die Nachtruhe rauben, übelriechender Eiter, Unvermögen länger zu stehen oder zu gehen. In leichteren Fällen der ununterbrochene Juckreiz, namentlich über dem inneren Knöchel, der zu erheblichen Kratzeffekten mit nachfolgender Infektion Veranlassung gibt.

Weder die Methode der abschließenden Pflasterbehandlung, noch das moderne Verfahren der Injektionsbehandlung der Varizen haben in England die auf sie gesetzte Hoffnung der radikalen Heilung dieser Zustände erfüllt. Der Pflasterbehandlung lagen folgende Gesichtspunkte zugrunde: Förderung der Granulationsbildung und Epidermisierung. Verhinderung übermäßiger Granulationsbildung. Schaffung günstiger Abflußbedingungen für die Wundabsonderungen. Ursprünglich wurden nur die Wundränder bedeckt, später ging man dazu über, die ganze Wunde mit Heftpflaster zu bekleben. Hierbei hatte man noch folgende Ziele im Auge: Man konnte die Wundränder zusammenziehen und erreichte die dauernde Befeuchtung der Wunde mit ihren eigenen Säften, ein Vorgang, den die Franzosen, vor allem Besredka, genauer untersucht haben und den sie mit dem Ausdruck des

pansement spécifique bezeichnen. Aber auch hier ließen die Erfolge zu wünschen übrig, was nicht weiter wundernimmt, wenn man an den Einfluß der Verhältnisse der Stauung denkt, der ja durch diese Behandlung nicht geändert wird. Erst durch das Hinzufügen einer starken Kompression konnte Wright einen vollen Erfolg der Heilung der Krampfadern und ihrer Komplikationen erzielen. Wright rühmt dieser Methode folgende Vorzüge nach. Sie hebt den umgekehrten Kreislauf in den Venen auf. Sie beseitigt die Ödeme, so daß in einzelnen Fällen 2—2½ Liter Ödemflüssigkeit verschwanden. Hierdurch verringert sie den Umfang des Beines und gleichzeitig den des Geschwürs. Dadurch wird eine Annäherung der Wundränder herbeigeführt. Sie erweicht die starken Ränder des Geschwürs und erzielt dadurch eine Abflachung des Geschwürs. Sie schafft die besten Vorbedingungen für das Besredkasche pansement spécifique. Sie beseitigt die Schmerzen. Sie macht den Kranken arbeitsfähig und hebt dadurch, daß die Kranken wieder umhergehen können, die örtliche und allgemeine Zirkulation. Sie zeichnet sich durch die Einfachheit der Anwendung aus. Sie spart Verbandmaterial und Medikamente, wie Salben usw. Sie reinigt das Geschwür schnell und läßt dessen üblen Geruch verschwinden. Tiefe Krampfadern kommen aus der Ödemflüssigkeit heraus an die Oberfläche und können später einer Injektionsbehandlung unterzogen werden. Sie erzielt bessere Narben, wie alle anderen Verfahren. Die Narben sind widerstandsfähiger und auf der Unterlage verschieblich. Diese Kompression wird dadurch erreicht, daß man einmal wöchentlich Pflasterstreifen fest um das Bein wickelt, wobei man einen Druck ausübt, der der Stärke und bisherigen Dauer des Ödems entspricht. W. verwendet hierzu das auch bei uns bekannte Elastoplast. Das Geschwür selbst wird vorher nicht gereinigt, um die Selbstreinigung nicht zu beeinträchtigen. Man wickelt am sitzenden Kranken vom Fußgelenk bis zum Knie.

Auf Grund ausgedehnter sechsjähriger Erfahrung stellt der Verf. folgende Grundsätze auf: 1. Jedes Unterschenkelgeschwür ist heilbar ohne Rücksicht auf seine Größe oder die Dauer seines Bestehens. 2. Die Schmerzen werden prompt beseitigt. 3. Die Patienten sind sofort arbeitsfähig und können sich frei bewegen. 4. Bei richtiger Technik sind Rückfälle ausgeschlossen. Treten solche ein, dann können sie in kürzester Zeit durch eine sachgemäße Wicklung, die der Kranke selbst machen kann, behoben werden.

Das Wesen und die Bedeutung der elastischen Wicklung ist in Deutschland nicht unbekannt und wird hier seit Jahrzehnten geübt. Die günstigen Erfahrungen finden jetzt in den experimentellen Ergebnissen des umgekehrten Kreislaufs, über den auch von deutscher Seite mehrere Mitteilungen vorliegen, ihre Bestätigung.

Hayward (Berlin).

3. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Der Blinddarmschnitt bei Frauen

soll nach Emil Engel-Berlin (Med. Welt 1930 Nr. 2) der Pfannenstielschnitt sein. Hierbei können gleichzeitig die Adnexe revidiert und, wenn nötig, kann an denselben operiert werden, so daß die Verstümmelung durch verschieden geführte Leibschnitte vermieden wird. Ref. kann diesem Vorschlage durchaus beistimmen und operiert schon seit Jahren bei rechtsseitiger Adnexerkrankung mit diesem Schnitt.

Diagnostische Schwierigkeiten bei Extrauteringravidität

bespricht H. Tollas-Berlin-Neukölln (Brandenburgische Landes-Frauenkl.: Hammerschlag) (Med. Welt 1930 Nr. 3) und gibt eine sehr gute Übersicht über die Diagnose, besonders die Differentialdiagnose und deren Schwierigkeiten. Der Schluß der Arbeit sollte von den praktischen Ärzten ganz besonders beachtet werden. Verf. sagt mit vollem Recht: Eins kann nicht oft genug betont werden; Bei der Verdachtsdiagnose Extrauteringravidität darf der verantwortungsfreudige Praktiker sich nicht zu überflüssigen, sogar sehr gefährlichen, diagnostischen und therapeutischen Manövern, wie Sondierung, Abrasio oder Austastung des Uterus verleiten lassen, sondern soll besser die einzig richtige Konsequenz ziehen, die sofortige Überweisung des verdächtigen Falles in fachklinische Überwachung bzw. Behandlung zu veranlassen.

Die menstruellen Veränderungen der weiblichen Brustdrüse

schildert Albert Rosenburg-Mannheim in höchst anschaulicher Weise und erläutert seine Beobachtungen durch sehr instruktive mikroskopische Bilder (Med. Welt 1930 Nr. 4). Nach seinen Untersuchungen kann man von einem Menstruationszyklus der weiblichen Brustdrüse sprechen. Zur Zeit des Intervalls, der Zeit der Ruhe im menstruellen Zyklus, findet man in der Brustdrüse nur Milchgänge. Mit dem Follikelsprung, etwa am 17. Tage nach dem letzten Menstruationsbeginn setzt in der prämenstruellen Phase auch für die Brustdrüse die prämenstruelle Sprossung der kleinen Milchgänge in den mittleren und dann auch die Entstehung der Sprossen und Alveolen aus den kleinsten Milchgängen ein. In der Mitte der prämenstruellen Phase ist die Brustdrüse somit reich an Drüsenelementen, welche in gut umgrenzten Läppchen liegen. Wird das Ei nicht befruchtet, kommt es zur Menstruation, dann hört allmählich die Weiterentwicklung in den Sprossen auf, es treten die ersten Rückbildungsvorgänge auf. Im postmenstruellen Stadium steht die Hyalinisierung der Basalmembran und des Mantelgewebes im Vordergrund.

Zur Behandlung der Hyperemesis

veröffentlicht P. Caffier-Berlin (Univ.-Frauenkl.: Stoeckel) seine Beobachtungen an 20 Fällen (Med. Welt 1930 Nr. 6), die er mit Glukose und Insulin behandelt hat. Nur in 75 Proz. der Fälle wurde Heilung erzielt. Bemerkenswert ist, daß diese Therapie nicht absolut gefahrlos ist. Zweimal kam es zu einem schweren hypoglykämischen Schock und dreimal zu Zuständen, die als Ausdruck beginnender Hypoglykämie gedeutet werden müssen. Es wird sich daher die Anwendung dieser Therapie außerhalb der Klinik, also für den praktischen Arzt nicht empfehlen.

Über die Behandlung chronischer Beckenentzündungen mit Fibrolysin

macht A. Bauereisen-Magdeburg-Sudenburg (Städt. Frauenkl.: A. Bauereisen) Mitteilungen (Zbl. Gynäk. 1930 Nr. 6) und faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Fibrolysin ist in Verbindung mit den üblichen konservativen Maßnahmen ein ausgezeichnetes Reizmittel bei chronischen Adnexerkrankungen mit parametraner Infiltration, bei Parametritis ohne Adnexerkrankung und bei fieberfreien postoperativen Beckeninfiltrationen. Kontraindiziert ist Fibrolysin bei akuten, subakuten und fieberhaften im kleinen Becken sich abspielenden Entzündungen und bei spezifischen Erkrankungen, wie Gonorrhöe, Tuberkulose, Aktinomykose u. a. Fibrolysin wird am besten alle 3 bis 4 Tage intramuskulär in der Dosis von 1,0 Fibrolysin = 0,1 Thiosinamin einverleibt. — Die Zahl der Injektionen beträgt in der Regel 4—10, je nach der Reaktionsfähigkeit des Falles. Die Behandlung ist am besten bei Bettruhe einhaltenden Kranken durchzuführen. Ambulante Behandlung kann in Ausnahmefällen versucht werden. Ref. hat das Präparat, als es 1908 von Mendel (Essen) eingeführt wurde, in zahlreichen Fällen versucht, aber keine besonders erwähnenswerten Resultate damit erzielt. Abel (Berlin).

4. Harnleiden.

Diathermie bei Nephritis.

Bei Tierversuchen über die Zirkulationsstörungen in der kranken Niere gewannen Eppinger, Laszlo, Rein und Schürmeyer den Eindruck, daß Diathermie bei Nephritis eine nützliche Behandlung sein könne. Es wäre zu prüfen, ob sie für alle Fälle genügend wirksam wäre.

Zur Diagnose der Zystennieren

bringt Steinitz (Med. Klin. 1930 Nr. 20) einen Beitrag. Eine große Geschwulst im linken Oberbauch wurde für einen Milztumor angesehen. Erst auf dem Umwege über ein Pneumoperitoneum kam man zu der Diagnose Nierengeschwulst. Die Pyelogramm klärte sofort den Fall auf. Man sah den typischen Schatten einer Zystenniere und zwar, wie meistens, auf beiden die Erscheinungen der Schrumpfniere. Der Kranke ging im urämischen Koma zugrunde.

Indikationsstellung der Prostatektomie.

Casper (Med. Klin. 1930 Nr. 29) hält die Operation, die mit durchschnittlich 8 Proz. Sterblichkeit verknüpft ist, nur zulässig in folgenden Fällen: bei chronischer Harnverhaltung und gleichzeitiger Schrumpfung der Blase, so daß der Katheterismus öfter als 4mal täglich notwendig wird; bei Schwierigkeiten beim Katheterisieren; bei wiederholten Blutungen aus der Prostata; bei Urosepsis, die durch Katheter nicht zu beseitigen ist.

Ein Katheter für retrograden Katheterismus

wird von Frey (Zbl. Chir. 1930 Nr. 19) angegeben. Der Katheter wird aus Kautschuk und aus Seide hergestellt (von H. Windler, Berlin), er läuft an jedem Ende in eine Katheterspitze aus, ist also nach zwei Richtungen bequem anwendbar.

Einen Hypernephrom mit apfelgroßer Zyste

beschreibt Lepehne (Med. Klin. 1930 Nr. 19). Die Zystenwand war verkalkt, so daß man nach dem Röntgenbild an eine Echinokokkuszyste dachte.

Männliches Sexualhormon.

Unabhängig von den Amerikanern ist jetzt auch Freud, de Jongh, Laqueur und Münch die Gewinnung des männlichen Hormones gelungen (Klin. Wschr. 1930 Nr. 17) und zwar aus Rinderhoden und dem Harne von Männern. Die Wirkung eines Geschlechtshormones auf ein bestimmtes Organ, tritt ein, gleichgültig, ob sich dieses Organ im Körper eines männlichen oder weiblichen Tieres befindet. So wirkt das weibliche Hormon in jedem Falle auf die Brustdrüse und bei Vögeln auf das Federkleid, das männliche auf den Kamm.

Prognostik der Nephrosklerose.

Nach Becher von der Volhardschen Klinik (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 12) zeigt ein Ansteigen des Xanthoprotein- und Indikanwertes im Serum frühzeitig den Übergang einer benignen Nephrosklerose in die maligne Form an. Dagegen hat die Erhöhung nur des Bluthamstoffes und der Blutharnsäure für diese Frage keine Bedeutung.

Behandlung der Vulvovaginitis der Kinder.

Die von Hübner und Stolzenberg angegebenen Dauerdruckspülungen der Vagina haben sich bei umfassenden Nachprüfungen der Schloßmannschen Klinik als zur Zeit beste Behandlungsmethode des Trippers weiblicher Kinder bewährt, die Technik ist aber dort abgeändert worden. Hübner empfiehlt nun (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 19), die Methode in ihrer ursprünglichen Form beizubehalten, da sonst die Aussichten auf Heilung verringert würden.

Zur Diagnose der „Ischias".

Anhaltende Hüft- oder Seitenschmerzen können, wie auch ein Fall von Rettig (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 19) zeigt, durch eine geschlossene Nierentuberkulose hervorgerufen sein. Mikroskopische Urinuntersuchung und Blasenspiegelung ergeben dabei oft nichts Besonderes, erst Indigokarminprobe, Röntgenbild und Pyelogramme führen zur Diagnose.

Der Primäraffekt in der Harnröhre

macht starke entzündliche Erscheinungen am Penis. Die Diagnose wird nach Rodin (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 20) leicht verfehlt, wenn neben der syphilitischen Infektion noch ein Tripper besteht. In verdächtigen Fällen versuche man durch Massieren der Harnröhre Serum zur Untersuchung im Dunkelfeld zu gewinnen.

Portner (Berlin).

Geschichte der Medizin.

1. Zur Geschichte des Diphtherieserums.

Ein Brief von

Geh. Med.-Rat Prof. **E. Wernicke** †.

Als Behring im Sommer 1890 anfing über Diphtherieimmunität zu arbeiten, bat er mich sein Mitarbeiter zu sein. Wir waren damals gemeinsame Assistenten bei Rob. Koch, von unserer Studienzeit her befreundet und Korpsbrüder. Dem älteren und erfahreneren Freunde schloß ich mich um so lieber wissenschaftlich an, als unser Chef Koch, ganz erfüllt von der Idee der Heilkraft des Tuberkulins, durch seine eigenen Arbeiten so in Anspruch genommen war, daß er damals 1890 für uns Assistenten wenig Zeit hatte.



Behring Wernicke

Behrings gewaltige eigenartige Persönlichkeit nahm mich ganz gefangen. Wir waren täglich zusammen und sprachen eigentlich von nichts anderem als von der Möglichkeit der Heilung der Menschendiphtherie durch Heilserum. Ich selbst wäre als junger Mann von 17 Jahren beinahe an Diphtherie gestorben, habe bei den Arbeiten über Diphtherie auch an einer Art chronischer Diphtherie gelitten, die ich erst auf einer Reise nach Amerika im Sommer 1893 los wurde und hatte namentlich die Menschendiphtherie in ihrer fürchterlichsten Form im Jahre 1884 auf der damaligen Henochschen Klinik an der Charité als Unterarzt kennengelernt. Unseren (Behrings und meinen) Freunden wurde das ewige Reden von unserer Seite über die Diphterieheilung langweilig, und so zogen Behring und ich gemeinsam zuerst nach Oberschöneweide und dann nach Treptow bei Berlin, wo wir ganz der Idee der Heilung der Diphtherie in täglichen Gesprächen lebten. Unsere Gedanken waren zunächst weniger auf Heilung durch Antitoxine gerichtet, als auf Gewinnung so abgeschwächter Kulturen, die wir wie Vakzine verwenden wollten, bis Behring das Problem der Antitoxine immer klarer erfaßte, als es mir gelang Meerschweinchen immer hochgradiger zu immunisieren.

Als nun die antitoxische und heilende Kraft des Blutes und Serums kleiner Laboratoriumtiere 1890 genügend festgestellt war, stießen unsere weiteren Bemühungen, Blut für die Behandlung von Kindern zu gewinnen, auf große Schwierigkeiten. Denn das antitoxische Blut wirkte nicht wie ein Ferment, sondern quantitativ. Wie aber sollten so viel Meerschweinchen immunisiert werden, um mit ihrem Blute Tausende von Kindern zu behandeln? Der Zufall kam zu Hilfe. Behring besaß von seinen Milzbrandstudien am Kochschen Institute einen großen algerischen Hammel, der, wie alle algerischen Hammel, natürliche Immunität gegen Milzbrand besaß. Dieser Hammel war ein für die Wissenschaft am Institute nicht mehr ausnutzbarer unnützer Fresser. Und unser Chef Rob. Koch sagte im Sommer 1891: „Das Ministerium genehmigt nicht weiter die hohen Etatsüberschreitungen, die das Institut bei den Tuberkulinversuchen gemacht hat, wir müssen äußerst sparsam wirtschaften. Unter anderem muß der große algerische Hammel weg, seine Unterhaltung

Anmerkung der Redaktion: Der obige Aufsatz stellt einen Auszug aus einem Briefe dar, den der verstorbene Geh.-Rat Wernicke an Prof. Madsen in Kopenhagen gerichtet hatte. Geh.-Rat Wernicke hat eine Abschrift dieses Briefes Herrn Dr. Bornstein gegeben, der ihn uns zum Abdruck in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt hat.

ist zu teuer." Da wurde diesem Hammel eine Injektion von 10 ccm der virulentesten Diphtheriekultur von mir subkutan beigebracht, um festzustellen, ob er überhaupt empfänglich für die Diphtheriekulturen war. Und, siehe da, er war für Diphtherie empfänglich, indem er schon 12 Stunden nach der Injektion sehr krank war. Ich stellte dies nachts gegen 12 Uhr fest, holte Behring dazu sofort aus dem Bett. Es gab eine dramatische Szene um Mitternacht im halbdunklen Tierstall bei dem sterbenden Hammel. Denn jetzt wußten wir, wie wir Blut in größeren Mengen bekommen konnten (Sommer 1891). Sofort kaufte ich mir drei Schafe, die ich nun auf meine eigenen Kosten hielt, denn Behring war damals als Assistent nicht sehr finanzkräftig; ich zwar auch nicht, war aber gesund und brauchte für Krankheit nicht soviel auszugeben wie Behring. Diese Hammel wurden nun nach den bei Meerschweinchen festgestellten Methoden immunisiert. Mit dem Serum dieser Hammel wurden nun, wie schon erwähnt, etwa am 20. Dezember 1891 die ersten diphtheriekranken Kinder von mir und dem damaligen Assistenten der Bergmannschen Klinik, Stabsarzt Geißler, injiziert. Die kranken Kinder erhielten 50(!) ccm Hammelserum, vertrugen es aber gut und wurden gesund. So sah der Anfang der Heilserumtherapie bei Diphtherie beim Menschen aus! Unser ganzer Schatz waren drei mäßig hochgradig immunisierte Hammel! Viel förderndes Interesse und noch weniger finanzielle Unterstützung brachte man uns und der Sache in Berlin zunächst nicht entgegen. Behring hielt man allgemein in Berlin damals wegen seiner schweren Erkrankung für schwer nervös. Eine große medizinische Autorität äußerte sich über das Serum: „Das Serum ist eine schlüpfrige Substanz, auf der die Entdecker ausgleiten werden." — Das Tuberkulin hatte Fiasko gemacht, das Serum hielten manche für einen ähnlichen bakteriologischen Schwindel! Ach es waren recht schwere Zeiten für mich, da Behring so vielfach krank war. Wir brauchten aber Serum und hatten wenig Geld zum Beschaffen von größeren Tieren. Im Spätherbst 1891 hatte ich noch sechs Schafe auf eigene Kosten beschafft, die ich wegen der Teuerkeit aber nicht in Berlin halten konnte, sondern in einem kleinen Landstädtchen, in der Neumark, wo meine damalige Braut und jetzige Frau wohnte. Meine Braut injizierte dann nach meiner Vorschrift die sechs Schafe und ich fuhr dann von Zeit zu Zeit von Berlin herüber, um den Schafen Blut abzuzapfen und dieses Blut auf seinen immunisierenden Wert im Laboratorium zu prüfen und dann übergab es Behring meist der Heubnerschen Kinderklinik zu Versuchen an kranken Kindern. Von Hammeln und besonderen Hunden erhielten wir dann immer stärker immunisierendes und heilendes Serum, und nun interessierte sich die Industrie für die Sache: Behrings Kaufmannsgenie — er war ein ausgezeichneter Kaufmann — gelang es, die Höchster Farbwerke für die Sache zu interessieren, diese gaben reichlich Mittel und nun entstand im Jahre 1893 neben dem Kochschen Institute, im sogenannten Dreieck bei der Charité unter den Stadtbahnbögen, ein großer Tierstall, wo nun auch Pferde, die als Blutserumlieferanten von Tetanusheilserum zuerst erkannt wurden, eingestellt werden konnten. Ich lieferte nun Hygienischen Instituten aus der Klosterstraße her gutes Diphtheriegift und Kulturen, und nun konnten mit dem Pferdeserum ausgiebige Erfahrungen bei Kindern gewonnen werden. Nach Behrings und meinen Publikationen wurde nun seit 1893 in aller Welt bald Heilserum dargestellt. Namentlich hat der große französische Forscher Emile Roux am Institut Pasteur durch seine Rede auf dem Kongreß in Budapest 1894 für das Heilserum Propaganda gemacht und von da ab wurde das Diphtherieheilserum immer mehr das Diphtherieheilmittel.

2. Zur Geschichte der Doktorpromotionen in Wort und Bild.

Von

Dr. **Erich Ebstein** in Leipzig.

Mit einer Zeichnung vom Struwwelpeter-Hoffmann.

In den von mir (Berlin 1923) herausgegebenen „Ärztememoiren aus vier Jahrhunderten" gedenke ich auf Seite 38 kurz der köstlichen Schilderung der Doktorpromotion des Kollegen Johann Löchl (1691 —?). Sie muß etwa um 1710 stattgefunden haben, also zu Beginn des 18. Jahrhunderts.

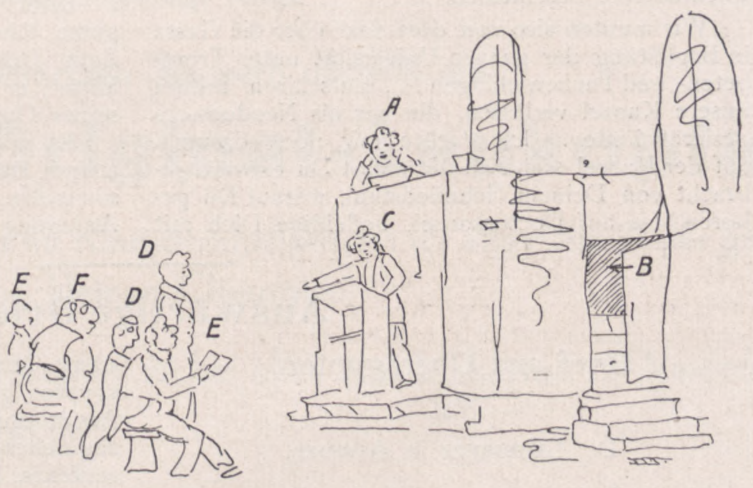


Abbildung einer Disputation. A der Dekan, B Eingang zu der Tribüne, C der Doktorand, D Opponenten, E Zuhörer, F der Sekretär. Nach einer Skizze vom Struwwelpeter-Hoffmann. Seine Doktorpromotion in Halle (1833).

In seinem Lebenslauf, den der Kollege, eines Hofschmiedes Sohn, in merkwürdiger Rechtschreibung gibt, heißt es (Süddeutsche Monatshefte. Februar 1912, S. 716f) u. a.:

„Indessen rückte der Tag allgemach an, an dem der Gradus doctoralis sollte vorgenommen werden . . . worauf ich doch wieder bei meinem Herrn Promotore in gutem Credit kam, so daß er mir einen Ring pro gradum offerierte, so reich mit Diamant besetzt war, welchen ich auch mit Dank angenommen, obwohl ich schon von meiner Kostfrau mit einem versehen war.

Des anderen Tages begaben wir uns auf den akademischen Saal, woselbst alles erschienen war. Sowohl die Patres academici als Professores, außerdem noch ein zahlreiches Concursus auditorum, so diese Solennität mit ansehen oder ihr beiwohnen wollte. Denn dieses war ein Actus solemnis extraordinarius, weil wir zehn an der Zahl waren, so miteinander gradirt wurden.

Solange die Universität Innsbruck stand, wurden so viele, dem Vernehmen nach, noch nie miteinander gradiret, daher war der Zulauf um so größer. Wir bestiegen also die Kanzel und wurden gewöhnlicher Weise mit den Insignibus doctoralibus von unserem Herrn Promotore . . . unter Trompeten- und Paukenschall eingekleidet. Dabei geschah von Herrn Promotore über jedes Stück und Insigne, als Ring, Hut . . . gehörige Explication und Auslegung, was jedes zu bedeuten hatte.

Dabei wurde auch eine Oration und Lobrede über uns gehalten, nebst einigen curiosen Questionibus medicis, so allda decidirt werden mußten.

Hierauf folgten die Gratulationen und der Act wurde mit dem Amt und Te Deum laudamus . . . solemnissime beschlossen.

Wir mußten also von dem Saal über die Gasse in Begleitung der ganzen Universität unter Trompeten- und Paukenschlägen . . . marschiren, mithin unsere Kanzel verlassen, die wir als Neodoctores gezieret hatten. Ich dachte mir noch dazumal auf der Kanzel stehend: Nun hast Du es weit gebracht von Deinem Schmiedstuhl, worauf Du geboren, bis auf Doctorkanzel, befleißige Dich mit der Hilfe Gottes, daß Du in diesem Deinem Character noch etwas weiter und höher progressiren und Avancements machest, wie es auch erfolgte.“

Soweit der Originalbericht in angepaßter Lesart.

Abends luden die Neupromovierten die Professoren zu einer Mahlzeit ein, an der auch Löchl's Braut, des Promotors Jungfer Schwester teilnahm. Bis Mitternacht wurde dann getanzt. Nachdem der Spaß ein Ende hatte, mußte an die Bezahlung der Zeche gedacht werden, wozu auch die Kosten für das Diplom usw. kamen. Ein Vetter wurde um 50 Gulden zur Bezahlung der Schuld angegangen, die in fünf Tagen mit einem Knecht gebracht wurde; in der Zwischenzeit hat es sich Löchl „bei seiner amour, der Jungfer Fischerin lustig gemacht, der seine Abreise sehr schmerzlich war.

Aus dem Anfang das 19. Jahrhunderts habe ich vor kurzem (Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr. 31) über die Doktorpromotion des Struwwelpeter-Heinr. Hoffmann in Halle 1833 berichtet, die mit der Innsbrucker des Kollegen Löchl gewisse Ähnlichkeiten hat.

In Halle erschien der Dekan Meckel im Amtsornate in rotsamtnem Talar und roter Mütze. Der Opponent bestieg das Katheder. Die Doktoranden leisteten den lateinischen Doktoreid. Meckel erklärte und proklamierte und renunzierte die Doktoren, gab jedem einen Kuß als Zeichen der Freundschaft, steckte jedem einen Ring an den Finger als Zeichen des Eifers — natürlich mußte dieser wieder herausgegeben werden. Dann wurde jedem Doktoranden ein Buch als Symbol der Erfahrung gezeigt und man setzte jedem den Doktorhut auf, die Freiheit bedeutend.

Beim Dekan trank man noch einen recht guten Rheinwein, und die Geschichte war aus. Zum Doktorschmaus fehlten Hoffmann die Mittel; er wohnte aber einer splendiden Kneiperei seines Opponenten bei.

Es wäre zu wünschen, daß man weitere derartige Beschreibungen von Doktorpromotionen sammelte. Vielleicht geben diese Zeilen die Anregung dazu.

Auswärtige Briefe.

Brief aus Oberägypten.

Von

Dr. **Lahmeyer** in Assouan.

Unter Oberägypten verstehen wir den Teil von Ägypten, der sich südlich von Kairo bis an die politische Südgrenze erstreckt. Etwa ein Dutzend kleiner Landstädtchen mit ca. 20000 Einwohnern stehen einer Unzahl dichtbesiedelter Ortschaften gegenüber, in denen sich nur selten ein Arzt niedergelassen hat. Minia mit 46000 und Assiût mit 52000 Einwohnern repräsentieren die Großstädte Oberägyptens. Europäische Ärzte in Oberägypten gibt es, von einem griechischen Arzt in Assiût und den Ärzten der kirchlichen Missionen abgesehen, nur in dem Brennpunkt des Fremdenverkehrs, Luxor, und dem Kurort Assouan, und zwar auch nur während der 4 Wintermonate. Helouan rechnen wir zu Unterägypten. Von diesen sechs europäischen Ärzten treiben nur zwei neben ihrer Kurpraxis auch Eingeborenenpraxis.

Die Niederlassungserlaubnis zur Ausübung jeglicher Art von ärztlicher Praxis wurde bisher auf Grund der Approbation des Heimatlandes

erteilt, seit Januar 1929 ist sie in der Absicht, ausländische Ärzte möglichst fernzuhalten, an das Bestehen eines sicherlich nicht leichten Examens in Kairo in französischer, englischer oder arabischer Sprache gebunden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist ähnlich wie in europäischen Ländern organisiert. An jedem Provinz-Hauptort — Oberägypten besteht aus acht Provinzen — befindet sich ein beamteter Arzt, etwa mit der Funktion eines preußischen Kreisarztes. Für die einzelnen Kreise, in die jede Provinz geteilt ist, ist wiederum je ein beamteter Arzt zuständig. Es besteht Meldepflicht für ansteckende Krankheiten, auch für jeden Fall von Tuberkulose. Es wird von Amts wegen versucht, in der Umgebung eines Tuberkulösen gefährdete Personen zu schützen. Beim ersten Auftreten seucheverdächtiger Krankheitsfälle wird mit großer Energie die Isolierung und Bekämpfung durchgeführt.

Die Häufigkeitsskala der einzelnen Krankheitsgruppen ist etwa: Masern, Keuchhusten, Ankylostomiasis, Bilharzia (etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung von ganz Ägypten ist bilharziakrank) Amöbendysenterie, Tuberkulose, Lues. Die hohe Zahl der Tuberkuloseerkrankungen (meist exsudative Formen) ist, auch nach Ansicht der ägyptischen Kollegen, eine Folge der schlechten allgemeinen Lebensverhältnisse der Bevölkerung, zum mindesten dürfte dies für die südlichste der oberägyptischen Provinzen, für Assouan, zutreffen (Mangel an anbaufähigem Boden). Immerhin verläuft die Tuberkulose in Oberägypten leichter als in Unterägypten. Typhus ist in unserer Provinz Assouan bei sehr trockenem, heißem Klima außerordentlich selten, trotzdem die Bevölkerung das Wasser direkt aus dem Nil trinkt oder es höchstens mangelhaft durch Tonfilter filtriert. Malaria kommt in Oberägypten nicht vor. Von „rheumatischen Erkrankungen" sind chronische Arthritiden wenig zu beobachten, mehr sieht man schon Arthrosen, wirkliche Gicht scheint sehr selten zu sein. Einen großen Raum nehmen die Neurosen ein, unter denen besonders die Sexualneurosen, entsprechend der Einstellung des Orientalen, überwiegen. Der Diabetes ist bekanntlich, wie überall im Orient, häufig. Im Sommer tritt Denguefieber endemisch auf. Von Augenerkrankungen sind Trachom und Blennorrhöe an erster Stelle zu nennen. Die Kindersterblichkeit ist relativ hoch, das durchschnittliche Lebensalter 45 Jahre.

In den Städten haben wir ein oder mehrere Regierungshospitale mit chirurgisch ausgebildeten Ärzten. Röntgeneinrichtung ist noch nicht durchweg vorhanden. In jedem Provinz-Hauptort befindet sich eine Augenklinik. Außerdem gibt es sogenannte „fliegende Hospitale" aus Zelten bestehend, um nach Bedarf verlegt werden zu können. Die unbemittelte Bevölkerung wird umsonst im Spital verpflegt und behandelt.

Es besteht eine ausgesprochene Abneigung sowohl der ägyptischen als der nubischen Bevölkerung gegenüber dem Krankenhaus. Sie mag wohl auf dem starken „Familien- und Häuslichkeitssinn" der eingeborenen Bevölkerung beruhen. Der Eingeborene fühlt sich eben nur zu Hause wohl, erst recht, wenn er krank ist, der Gedanke, daß er eventuell außerhalb seiner eigenen vier Wände sterben müsse, ist ihm so schrecklich, daß öfters moribunde Patienten von ihren Angehörigen mitten in der Nacht aus dem Krankenhause fortgeschleppt und im Auto in ihr Heimatdorf gebracht werden. Oft sterben die Leute auf dem Transport. Bezeichnend ist, daß der Eingeborene noch eher das kleine Hospital der hiesigen evangelischen deutschen Mission aufsucht, als das Regierungshospital. Diese Scheu vor dem Krankenhause ist um so bedauerlicher, da die Verhältnisse zu Hause unglaublich primitiv sind und jede sachgemäße Pflege unmöglich ist. Pflegepersonal gibt es nicht, dafür feiert der Aberglaube in der Krankenbehandlung die reinsten Orgien. Amulette, Beschwörungen und Austreibung von Geistern sind an der Tagesordnung. Der kulturelle Tiefstand tritt hierbei erschreckend zutage. Selbst als mein aufgeklärter, langjähriger Diener an einer rapide fortschreitenden Phtise in meiner Abwesenheit erkrankte, verließ er das Spital, wohin ich ihn geschickt hatte, ließ sich, zum Skelett abgemagert, hochfiebernd auf einen Esel setzen und ritt mit Aufbietung seiner letzten Kräfte stundenlang zu den wundertätigen Scheiks der Umgebung. Liegen die Kranken zu Hause, so ist der Krankenraum ständig von Besuchern angefüllt, wenn man ein solches Haus betritt, hat man den Eindruck, als wenn der Inhaber sein 50jähriges Geschäftsjubiläum feiere, Kaffee und Tee wird dauernd serviert. Scheint es mit dem Patienten zu Ende zu gehen, so stimmt der Chor der bezahlten Klageweiber ein schreckliches Totengeheul an. Der Mohammedaner stirbt gefaßt, ruhig ergeben in sein Schicksal.

Sucht ein Kranker den Arzt auf, so kommt er je nach seiner sozialen Stellung mit mehr oder weniger Gefolge, niemals allein. Bei „prominenten Persönlichkeiten" geht es nicht unter einem Dutzend ab, das möglichst vollzählig bei der Untersuchung anwesend sein will. Da schon vorher die Behandlung mit allen möglichen Quacksalbermedizinen versucht ist, kommen meist verschleppte Fälle zum Arzt. Hat dann die Behandlung von zwei oder drei ägyptischen Ärzten keinen Erfolg gezeigt, so wird der europäische Arzt aufgesucht, hilft auch sein Rezept nicht bald, so erscheint der Patient nicht mehr. Verständnis für die Notwendigkeit einer ärztlichen Beobachtung besteht in keiner Weise, also alles in allem keine erfreuliche Tätigkeit für den Arzt. Äußerst wichtig ist für den Patienten die Art seiner Kost und die Frage danach wird bei jeder, auch rein äußerlichen Erkrankung gestellt, das ärztliche Honorar wird stets sofort entrichtet.

Die älteren ägyptischen Ärzte sind an der einzigen medizinischen Fakultät des Landes, in

Kairo, ausgebildet, die jüngere Generation hat zum Teil ganz oder doch meist einige Semester in England, Frankreich und in letzter Zeit auch wieder in Deutschland studiert. Die Stellung des einheimischen Kollegen zu uns europäischen Ärzten ist kühl und korrekt. Konsultationen mit uns werden nur auf dringendes Verlangen des Patienten selbst erbeten. Ärztliche Standesvereine haben wir in Oberägypten nicht, ebensowenig eine Sozialversicherung.

Für unsere jungen Kollegen.

Untersuchung — Diagnose — Therapie.

Von

Generalarzt Dr. **Buttersack** in Göttingen.

1. Die pathologisch-anatomische Diagnostik, die hauptsächlich an Morgagni und R. Virchow anknüpft, hat die gesamte Ärzte- und die übrige Welt mit der Vorstellung infiziert, daß jede Krankheit ihre sedes anatomica besitze und daß es Sache einer immer weiter zu verfeinernden diagnostischen Kunst sei, diese sedes ausfindig zu machen.

Die Älteren unter uns haben die Jagd nach pathognomonischen Zeichen noch erlebt; die Jüngeren nehmen die tausend Spezialsymptome als unvermeidbare Selbstverständlichkeiten hin. Aber im stillen erschauern sie vor diesem embarras des richesses und machen in der Praxis wenig Gebrauch davon. Recht brauchbare, einfach anzustellende Reaktionen, z. B. die Urobilinogenprobe, fallen auf diese Weise unter den Tisch; andere, wie Meyer-Bierasts Guttadiaphot, werden nur zögernd aufgenommen.

2. Indessen, noch einen anderen Nachteil hat das anatomische Denken: es verleitet dazu, im Patienten sozusagen ein wandelndes pathologisch-anatomisches Präparat zu sehen, bei dem es nebensächlich erscheint, wann und wo man es untersucht. Man beklopft, behorcht demgemäß den Kranken, macht die üblichen Urinproben usw., schickt ihn eventuell weiter in ein diagnostisches Institut. Allein sämtliche Menschen, nicht bloß die Frauen, sind veränderlich und präsentieren sich zu verschiedenen Zeiten und Gelegenheiten verschieden. Wie jeder vor dem Besuch beim Arzt frische Wäsche anlegt, so zieht er auch geistig eine andere Konstitution an. Er präpariert sich auf den bevorstehenden Dialog; und weil er sich eingehend vorbereitet hatte, ist er dem unvorbereiteten Arzt überlegen.

Jeder ist bis zu einem gewissen Grade Schauspieler wider Willen. Um den Arzt bzw. Begutachter auf bestimmte Bahnen zu bringen oder ihm auf die „richtige Spur" zu helfen, betont er diese oder jene Erscheinung oder Empfindung und läßt andere zurücktreten. Die theoretische Energie der Deutschen treibt da seltsame Blüten.

So kommt es, daß der Arzt nicht sowohl mit der anatomischen, sondern auch mit der psychischen Diagnose zu kämpfen hat, mit dem, was Goldscheider das autoplastische Krankheitsbild genannt hat. Die äußere Aufmachung verdeckt — beabsichtigt oder unbeabsichtigt — die anatomische Realität; und je pompöser diese Aufmachung, d. h. das schauspielerische Talent ist, um so schwieriger wird die sachliche Diagnose. So leistete ein Bürobeamter in der Verwaltung einer mittelgroßen Stadt täglich seine Schreibarbeiten. Vor Gericht jedoch mimte er eine so wunderbare Schüttellähmung seines rechten Armes, daß ihm diese Behörde, tief ergriffen, eine hohe Rente zuerkannte. Das Gericht urteilt ja „nach freier Beweiswürdigung".

Die dramatische Begabung des Patienten schlägt die sachliche Diagnose in die Flucht, namentlich seitdem das Bestreben der wissenschaftlichen Medizin dahin geht, schon die allerersten Anfänge von Krankheiten zu erkennen, noch bevor ausgesprochene Symptome vorhanden sind. Biologisch betrachtet besteht das Wesen der Krankheit darin, daß die Reaktion zu weit bzw. zu lange ausschlägt und nicht mehr in die physiologische Breite zurückkehrt. Hier berühren sich also Schwankungen in der Breite des Gesundseins und Anfänge pathologischer Prozesse. Es ist Temperamentssache oder Sache des ärztlichen Gefühls, was man herauslesen will.

3. Wahrscheinlich hat der med. pract. in seiner Sprechstunde gar nicht die Zeit, derlei Überlegungen anzustellen. Er sagt sich — psychologisch leicht begreiflich —: Wenn der Patient diese und diese Klagen so eindringlich vorbringt, dann wird wohl etwas dahinterstecken, wenn ich es auch nicht finden kann. Er wird also, um dem Patienten gewiß nicht Unrecht zu tun, ihm das Entsprechende verordnen und ihn damit für die nächste Zukunft als homo nervosus, gastricus, rheumaticus u. dgl. abstempeln. Der Kranke seinerseits verstärkt damit sein autoplastisches Krankheitsbild und geht mit diesem Stempel versehen zum nächsten Arzt, zum Amtsarzt, zum Gericht.

Die Abstempelung kann zwei, gleichmäßig fatale Folgen haben: entweder schätzt der Patient die diagnostische Kunst seines Arztes ungebührlich hoch ein; dann wirkt die Diagnose mit den daran sich ausmalenden Folgen ungünstig auf ihn ein und macht ihn erst recht krank. Wie viele Leute sind „herz"- oder „lungen"krank, bloß weil einmal ein übereifriger Arzt in seiner Sprechstunde „etwas" gehört hatte! Dieses „Leiden" ist schwerer als eine richtige Krankheit.

Oder aber der Patient ist der Stärkere und sucht mit dem — man kann nicht gerade sagen: erschwindelten Bescheid des in das autoplastische Krankheitsbild eingesponnenen Arztes allerlei Vorteile für sich zu erlangen. Je geringer sein sozialer Sinn und seine Ethik entwickelt sind, um so mehr kommt zwangsläufig die in der allgemeinen Versicherungspsychose stillschweigend gezüchtete Rentenbegehrlichkeit zum Vorschein. Die Menschen sind nun einmal Menschen. Man darf dem einzelnen keinen Vorwurf daraus machen. Wohl aber kann, ja muß man den Auslösungsreiz asozialer Bestrebungen beseitigen zum Wohl der Gesamtheit wie des einzelnen selbst.

4. In der militärischen Taktik ist es eine alte Wahrheit, daß, je nach der Konfiguration des Gefechtsfeldes, die Bedingungen für die kämpfenden Armeen völlig verschieden sind: man kämpft vorteilhafter von der Höhe ins Tal, als umgekehrt, und ein Angriff gegen die Sonne verschafft der anderen Partei große Überlegenheit. Feldherren wie Gustav Adolf, Friedrich d. Gr. versuchten deshalb, ihre Gegner aus solchen, ihnen unerwünschten Situationen heraus-, oder wie Hannibal, sie in passendere hineinzumanövrieren.

In zweifelhaften diagnostischen Fällen habe ich deswegen manchmal die Konsultation in das gewöhnliche Leben verlegt, habe mit den „Magen“-kranken zu Mittag gegessen, bin mit „Herz“kranken spazierengegangen, veranstaltete mit „Bein“-Neurotikern Wettspringen u. dgl., und zwar so ungesucht, daß die Betreffenden die diagnostische Prüfung gar nicht merkten. Auch E. v. Leyden hat bei einer Tasse Kaffee die wertvollsten Beobachtungen gemacht.

Man wird natürlich sagen: diese Tricks haben mit der wissenschaftlichen Diagnostik nichts zu tun! — Das ist ohne Zweifel richtig. Allein die Untersuchung ist nicht Selbstzweck, sondern nur Mittel zum Zweck der Heilung. Aber wer heilt denn? — Doch sicherlich nicht der Arzt. Dieser kann wohl Hindernisse der Heilung wegräumen oder günstigere Bedingungen schaffen. Aber „geheilt“ hat weder Hippokrates noch Bier auch nur die kleinste Schnittwunde.

Es hilft nichts: wir mögen die Augen noch so fest zukneifen, — hinter allen Lebensvorgängen wirkt doch eine vis medicatrix naturae, ein metaphysisches Etwas, eine Kraft, die aus irrationalen Tiefen kommt. Nur wenn wir Fühlung mit dieser Lebenskraft gewinnen, können wir den Patienten indirekt heilen. Denn dieses Lebensprinzip ist das gleiche Agens, welches seiner Zeit den Menschen ins Leben gerufen hat, seine Entwicklung leitete, die physiologischen Vorgänge reguliert und Defekte ausgleicht, mögen sich solche unterhalb der Schwelle unseres Bewußtseins abspielen, sich als Verstimmungen, Unpäßlichkeiten andeuten oder auf der Stufenleiter der klinisch faßbaren Störungen erscheinen.

5. Die Exakten unter den Lesern seien auf ganz analoge Strömungen in der allermodernsten Physik hingewiesen [1]). Die alte, klassische Newtonsche Mechanik dachte sich das Gebilde in seine unendlich kleinen Bestandteile zerlegt und betrachtete die Bewegung jedes einzelnen Bestandteils unabhängig von den übrigen. Die neue Wellenmechanik dagegen faßt das Gebilde stets als ganzes ins Auge und betrachtet seine Bewegung als zusammengesetzt aus einzelnen diskret voneinander verschiedenen Eigenbewegungen des Gebildes. Das Wesentliche ist mithin nicht — wie bei der Newtonschen Mechanik — die lokale Kraft, sondern das Integral der Kraft, das Potential. Diese diskreten Eigenbewegungen sind jedoch keineswegs determiniert durch den Anfangszustand des Systems und durch den Anfangsimpuls. Es ist vielmehr eine ganze Reihe von Kombinationen von Bewegungen im System möglich. Im voraus läßt sich nicht sagen, welche davon verwirklicht wird. Daher der neuerdings soviel erörterte Heisenbergsche Unsicherheitsfaktor.

Wer hätte je die Entschlüsse berechnen können, wie ein Themistokles, ein Bismarck eine militärische bzw. politische, ein Phidias, ein Rembrandt eine künstlerische Aufgabe lösen würden? Ja, man kann mit Sicherheit vermuten, daß jeder Heros sogar seine eigenen Meisterleistungen bei einem abermaligen Versuch ganz anders angegriffen hätte.

Wir Biologen werden den Heisenbergschen Unsicherheitsfaktor — wenn er nicht im System liegt — dahinter suchen, also im Metaphysischen. Dabei setzen wir allerdings voraus, daß es auch im Metaphysischen gesetzmäßig zugeht, nur eben nach anderen, als den, uns Irdischen bekannten Gesetzen. Auch hier stoßen wir mit dem führenden mathematischen Physiker unserer Zeit, Max Planck, zusammen, der da präzis erklärt: Ohne eine gewisse Dosis Metaphysik kann die Naturwissenschaft nicht auskommen.

6. Die pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie mögen unbehindert — gewissermaßen auf den Inseln der Seligen — ihren Forschungen nachgehen. Der Mensch aber lebt nicht auf solchen Inseln, sondern mitten in einem völlig unauflösbaren Wirrwarr von Eindrücken. Nicht wie er auf das Beklopfen der Patellarsehne, auf Jodzufuhr oder sonst einen Reiz reagiert, ist das Wesentliche, sondern wie er im ganzen die Kette seiner Reaktionen und Aktionen ordnet. Dieses Wesentliche liegt aber ebensowenig zutage, wie das tiefste Leitmotiv des wahren Staatsmannes, des wahren Künstlers, des wahren Forschers. Ja diese kennen ihre tiefsten Motive zumeist selbst nicht; sie fallen zusammen mit dem Lebenswillen an sich.

Der Lebenswille ist für uns Ärzte das Entscheidende. Wer keinen Willen zum Leben mehr

[1]) Max Planck, das Weltbild der modernen Physik, 1929. Theoret. Physik in der Festschrift für Schmidt-Ott, 1930 S. 309. — Physikalische Gesetzlichkeit im Licht neuerer Forschung. Vortrag in Düsseldorf 14. 2. 1926.

besitzt, bei dem versagt alle Therapie: er sucht freiwillig den Tod. Ebenso verhält es sich bei denjenigen, welche — zu feig den Ausweg aus diesem Leben für ihre Person zu finden — sich selbst in ihrer Nachkommenschaft morden. Die Lebenskraft kann aber auch in der Form erschüttert sein, daß sie die unbewußten Reaktionen nicht mehr in der gebührenden Ordnung und Stärke ablaufen läßt. Das alles sind antibiologische Antworten auf die Verworrenheit, Unsicherheit, Verdrießlichkeit der Zeitumstände, zum größten Teil bedingt durch den Mangel an Anlehnung, an Stützung, an Verbundenheit, — fast möchte man sagen: Angeseiltsein an die Mitmenschen. Virchows itio in partes, der allgemeine Egoismus, die Atomisierung wirken sich darin aus.

Wer mit mir nicht den einzelnen, sondern die societas für die wahre Lebenseinheit hält, der begreift leicht, daß alle, aus dieser Lebenseinheit herausgebrochenen Stücke — seien sie klein wie Individuen oder groß wie Parteien u. dgl. — zugrunde gehen müssen. Eine Weile kann man sie in Brutschränken und geeignetem Milieu vegetieren lassen; aber leben im wahren Sinn tun sie nicht mehr.

7. In dem Moment, in welchem wir den Lebenswillen in den Mittelpunkt stellen, rückt das psychophysische System als solches an die Peripherie. Es erscheint nur noch als Mittel zur Realisierung eben dieses Lebenswillens. Diesem Willen stehen keine anderen Mittel zur Verfügung als die physikalisch-chemischen Gesetze. Ihrer muß er sich bedienen, wie der Baumeister des Steins und Eisens, der Schriftsteller der Feder und Tinte. Er kann sie beliebig zusammensuchen und zusammenfügen; aber ihrer Gesetzmäßigkeit ist auch der lebendigste Lebenswille unterworfen.

Störungen in der physikalisch-chemischen Apparatur des Lebenswillens können wir versuchen, mit den gleichen Mitteln zu beheben: wir werden Knochenbrüche schienen, Fremdkörper extrahieren, Brechungsfehler korrigieren u. dgl. Aber das sind Fassadenkünste, deren praktischen Wert freilich niemand unterschätzen wird.

Wollen wir aber prinzipiell helfen, den Lebensprozeß als solchen erhalten und harmonisch gestalten, dann bleibt uns bloß der Weg über den irrationalen, metaphysischen und metapsychischen Lebenswillen. Er ist noch viel, viel klüger als unsere klügsten Geheimräte; denn er weiß Reserven mobil zu machen und neue Gleichgewichte herbeizuführen, von denen wir Unelastischen, in starren Doktrinen Befangenen keine Ahnung haben.

Der Weg dahin geht nicht über körperliche Untersuchungsstellen, Röntgenkabinett, Tierexperiment, pädagogische Bemühungen, sondern nur über den Austausch metaphysischer Potenzen. In diesem Sinne ist die lebendige Persönlichkeit des Arztes mit ihren eigenen metaphysischen Potentialen das wirkungsvollste therapeutische Agens. Je mehr Zwischenglieder zwischen Arzt und Patient eingeschoben werden, seien es Laboratorien, Apotheken, Masseure, Bestrahlungsschwestern u. dgl., um so mehr verflüchtigt sich die Wirkung des Arztes, oder wird durch die Sonderpotentiale der genannten Zwischenpersönlichkeiten ersetzt.

8. Nur mit herzlichem Mitleid kann der wirkliche Arzt die emsigen, oft seltsam anmutenden Bemühungen strebsamer Assistenten verfolgen, welche sich immer tiefer in die Feinheiten der physikalisch-chemischen Apparatur des corpus vile verbohren und dabei immer mehr die Fühlung mit der Lebenszentrale verlieren. Bei uns Ärzten, die wir es auf Schritt und Tritt mit dieser Zentrale, dem Metaphysischen der Persönlichkeit zu tun haben, macht sich das praktisch fühlbar. Aber auch bezüglich der reinen Wissenschaft urteilt ein Mann wie Fr. v. Wettstein ebenso: die Überschätzung der Nurexperimente bedeutet die gefährlichste Übertreibung unserer gegenwärtigen Biologie. Denn die uferlose Mannigfaltigkeit wirkt lähmend und verwirrend, und manche mächtig aufgeblühte Richtung ist in Gefahr der Stagnation. Spezialistentum macht sich breit, die allgemeinen Zusammenhänge verlierend [2]).

In seiner Philosophie der Kleider (im Sartor resartus 1836) rechnet Th. Carlyle die Lehren der Wissenschaft, wie die Dogmen der Religion und alle praktischen Bestrebungen zu den Kleidern oder den Lappen, die man auf die Kleider setzt.

Es ist gefährlich, an diesen mühsam aufdrapierten Hüllen zu rühren oder gar sie wegzuziehen. Der Jüngling von Sais ist nicht der einzige, der diese Kühnheit büßen mußte. Gewiß haben sie ihre große Bedeutung; aber man darf sie nicht überschätzen. Naunyn hat das getan mit dem Satz: „Die Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein". Bouillaud hatte ein halbes Jahrhundert vorher den gleichen Gedanken vorweggenommen: „La médecine, en un mot, est la mécanique, la physique et la chimie de l'économie vivante". In Wahrheit ist das nur der Vorhof der Heilkunde. Erst hinter dem physikalisch-chemischen Gewand der exakten Forschung treffen wir den wahren Lebenskern, genau so wie wir erst hinter den einzelnen historischen Ereignissen die wahre Geschichte finden.

Die Medizin der einzelnen Zeiten mag auf diese oder jene Doktrin schwören. Der Erfindungsarme mag sich daran halten als den Krücken seines ärztlichen Daseins. Der wahre Arzt aber wird zu den tiefsten Lebenswurzeln seines Patienten vordringen und diese aus seinem eigenen Vorrat an metaphysischer Lebenskraft speisen — vorausgesetzt, daß er selbst solche besitzt.

---

[2]) Fr. v. Wettstein, Biologie, in: 50 Jahre Deutscher Wissenschaft, Festschrift für Schmidt-Ott, 1930, 402—03.

Ärztliche Rechtskunde.

Die „Ja aber . . . ist besser"-Reklame vor dem Reichsgericht.

Chlorodont gegen Odol.

Anknüpfend an amerikanische Vorbilder sucht das deutsche Reklamewesen seit Jahren nach neuen Ausdrucksformen, die von der sonst üblichen nicht mehr zugkräftigen Superlativreklame („Das Beste", „Vorzüglichste", „Unübertroffen" usw.) abweichen. Nun ist man seit einiger Zeit zu der sogenannten Komparativreklame übergegangen, die wegen ihrer steigernden Modalitäten „größer", „besser", „schöner", „billiger", „sparsamer" usw. eine neuartige Wirkung auf das Publikum hat. Die rechtliche Seite dieses Reklamegebiets beleuchtet eine neue Reichsgerichtsentscheidung.

Die Lingner-Werke AG. in Dresden, Fabrikanten der bekannten Odol-Fabrikate, benutzen seit 1927 zu Reklamezwecken auch den Satz: „Ja, aber Odol ist besser"; im Jahre 1928 wurde dieser Reklamespruch auch an Berliner Kraftomnibussen angebracht, und zwar derart, daß an den Stirnseiten der Wagen das Wort „Odol" und an den Breitseiten der Spruch „Ja, aber Odol ist besser" angebracht ist. Durch diese Reklameart fühlen sich die Leo-Werke in Dresden, Fabrikanten der ebenfalls bekannten Chlorodont-Fabrikate, in ihren Rechten verletzt. Etwa 60 Berliner Omnibusse tragen nämlich Chlorodont-Reklameschilder und die Leo-Werke behaupten, die Odol-Reklame sei keine unpersönliche mehr, denn wenn — was nicht zu vermeiden sei und durch zahlreiche photographische Aufnahmen belegt wird — ein Chlorodont-Omnibus vor, neben oder hinter einem Odol-Omnibus halte oder fahre, bringe das Publikum den Satz „Ja, aber Odol ist besser" in Beziehung zu den Chlorodont-Fabrikaten. Eine derartige Reklame verstoße gegen das Wettbewerbsgesetz. Die Leo-Werke haben daher Klage erhoben mit dem Antrage, den Lingner-Werken zu verbieten, in Berlin an Omnibussen Schilder anzubringen mit der Aufschrift „Ja, aber Odol ist besser".

Das Landgericht gab der Klage statt, das Oberlandesgericht Dresden sprach aus, daß das Verbot nur so lange gilt, als in Berlin Autoomnibusse mit den Chlorodont Reklameaufschriften fahren. Zur Begründung dieser Entscheidung führte das OLG. aus: Im Wesen der Reklame ist begründet, daß die angepriesene Ware als besonders gut und preiswert hingestellt wird. Der Verkehr hat sich auch daran gewöhnt, Superlative wie „Das Beste", „Schönste" usw. nur als Redensart und Übertreibung aufzufassen. Übertreibungen dieser Art sind daher statthaft. Sobald aber die Reklame in komparativer Form gehalten ist und die angepriesene Ware in Vergleich zu Konkurrenzwaren setzt, wobei die angepriesene Ware als besser, preiswerter usw. hingestellt wird, liegt nach der Verkehrsauffassung keine übliche Übertreibung vor; eine solche Reklame kann nur dann gestattet werden, wenn ihre Behauptungen mit der Wahrheit im Einklang stehen. Der Satz der Beklagten enthält keinen Superlativ, also keine der üblichen Übertreibungen, sondern Odol wird, ohne daß andere Waren genannt werden, als „besser" bezeichnet. Sobald der Satz mit keiner Konkurrenzware in Verbindung gebracht wird, wird ihn der Verkehr trotz des „Ja, aber" nur dahin auffassen, daß gesagt wird, Odol sei das Beste, niemand wird die Behauptung herauslesen, Odol sei besser als andere ähnliche Mittel. Für sich allein wäre der Satz der Beklagten aber nicht unzulässig. Er wird es aber, wenn Umstände hinzutreten, die einen Teil des Publikums zu der Annahme führen, Odol sei besser als Chlorodont, so daß eine Herabsetzung der Waren der Klägerin zum Ausdruck kommt. Derartige Umstände liegen hier vor. Zu der Zeit, als die Beklagte ihren Reklamespruch an den Berliner Omnibussen anbringen ließ, trugen bereits 60 Omnibusse die Reklameaufschriften der Klägerin. Im Verkehr ist es unvermeidlich, daß Wagen mit den Aufschriften beider Parteien sich kreuzen, hintereinanderfahren usw. Das hat zur Folge, daß das Publikum den Satz der Beklagten mit der Ware der Klägerin in Zusammenhang bringt und ihn dahin versteht, daß Odol besser ist als Chlorodont, das ist aber nicht bewiesen. Die Beklagte hat daher gegen §§ 1, 3, 14 UnlWG., 826 BGB. verstoßen.

Die gegen dieses Urteil von der Beklagten beim Reichsgericht eingelegte Revision machte geltend, daß die Komparativreklame jetzt allgemeingebräuchlich sei, so daß sie vom Verkehr auch nur wie Superlativreklame als besonders eindringliche Form der Anpreisung aufgefaßt werde. Der 2. Zivilsenat des Reichsgerichts hat das Urteil des OLG. aufgehoben und die Klage endgültig abgewiesen. „Reichsgerichtsbriefe."

K. M.-L.

Kongresse.

Herbsttagung der Vereinigung mitteldeutscher Chirurgen.

Leipzig, 23. November 1930.

Von

Dr. **Hayward** in Berlin.

Daß als Hauptthema der Herbsttagung der mitteldeutschen Chirurgen die Behandlung der Knochenbrüche auf die Tagesordnung gesetzt worden war, muß ganz besonders begrüßt werden. Die Zunahme der Knochenverletzungen durch die Ausdehnung des Straßenverkehrs rechtfertigen allein schon die allenthalben zutage tretende Erscheinung, daß sich weite Kreise namhafter Chirurgen mehr als früher mit diesem Sonderkapitel der Chirurgie befassen. Es kommt aber weiter hinzu, daß sowohl die Versicherungsgesellschaften, wie auch — für die Betriebsunfälle — die Berufsgenossenschaften die Versorgung ihrer Verletzten maßgebend zu beeinflussen im Begriff stehen. Wenn unter diesen Umständen eine Klinik, wie die Leipziger chirurgische Universitätsklinik (die Tagung fand unter dem Vorsitz von Geh.-Rat Payr statt) ihre reichen Erfahrungen sowohl in Vorträgen wie in Demonstrationen am Krankenbett zur Verfügung stellt, so gebührt ihr hierfür ein besonderer Dank der Hörer. Hoffheinz (Leipzig) gab einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden, die an der genannten Klinik zur Anwendung kommen. Es kann natürlich nicht die Aufgabe dieses kurzen Berichts sein, Einzelheiten dieses Vortrags wiederzugeben, um so mehr als die Behandlung eine außerordentlich vielgestaltige und komplizierte ist. Die Schwierigkeit der Behandlung mancher Knochenbruchformen, namentlich der Unterschenkelbrüche, wird noch oft verkannt. Will man aber funktionell einwandfreie Erfolge erzielen, dann ist eine exakte Reposition die Grundbedingung. Die Klinik macht zur Erreichung dieses Ziels von verschiedenen Verfahren Gebrauch, u. a. auch von der Böhlerschen Methode, über welche in dieser Zeitschrift in der letzten Nummer in dem Abschnitt Chirurgie bereits gesprochen wurde. Die Extensionsverfahren, die Verwendung des Gipsverbandes, die Methoden der frühzeitigen Kräftigung der Muskulatur im liegenden Verband wurden auf den Krankenabteilungen gezeigt. In Ergänzung zu dem Vortrag sprach Kortzeborn (Leipzig) über die Endergebnisse bei Knöchelbrüchen. Kappis (Hannover) teilte seine Erfahrungen bei der operativen Behandlung der Gelenkbrüche am oberen Tibiaende mit. Man kann im allgemeinen sagen, daß das funktionelle Resultat dieser Knochenbruchformen besser ist, als es die Schwere der auf dem Röntgenbild erkennbaren Veränderungen zunächst erwarten läßt. Hier gilt der Erfahrungssatz, daß meist auch diejenigen Brüche, welche auf dem Röntgenbild kein einwandfrei gutes Resultat geben, in der Funktion überraschend gut sind. Man darf hieraus jedoch nicht den Schluß ziehen, daß diesen Brüchen keine besondere Beachtung in der Behandlung geschenkt zu werden brauche, denn es ist nicht von der Hand zu weisen, daß nicht gut stehende Brüche der Gefahr einer später sich entwickelnden Arthritis deformans besonders ausgesetzt sind. Aus diesem Grunde sollte den Brüchen am oberen Tibiaende mehr Sorgfalt als bisher gewidmet werden. Man kann sie nicht nach einem gemeinsamen Schema behandeln. Unverschobene Brüche sollen mit Zugverband behandelt werden, verschobene Brüche müssen eingerenkt werden. Gelingt dieses nicht einfach durch Zug- und Druckverfahren, dann müssen operative Methoden Platz greifen. Der Erfolg wird durch den Gipsverband gesichert, der bis zu 6 Wochen liegen bleibt. Im ganzen muß man mit einer Bettruhe von mindestens 8—10 Wochen rechnen, denn selbst nach Abnahme des Gipsverbandes muß die Extension noch fortgesetzt werden.

Für die Kontrolle der Reposition ist das Röntgenbild unerläßlich. Bedenkt man jedoch, daß z. B. bei den Unterschenkelbrüchen die Aufrechterhaltung der Reposition meist nur im Extensionsverband möglich ist, dann wird man auch die Schwierigkeiten verstehen, die der Anfertigung eines Röntgenbildes hier im Wege sind. Denn der Transport des Kranken in die Röntgenabteilung ist nicht immer gleichgültig für die Wirkung der Extension, oft wird er auch aus äußeren Gründen nicht ausführbar sein. Es geht darum schon lange das Bestreben dahin, transportable Röntgenapparate zu bauen. Mancherlei ist hier angegeben. Meist haben sich aber die in diese Apparate gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Es scheint jedoch, daß der, auch unseren Lesern durch die Anpreisungen sicher bekannte Philips-Apparat die Lösung dieses Problems bedeutet. Biedermann (Rudolstadt) zeigte eine große Reihe von Bildern, die mit diesem Apparat angefertigt worden waren und die in überzeugender Weise seine große Leistungsfähigkeit veranschaulichten. Man geht wohl nicht fehl in der Behauptung, daß in absehbarer Zeit die Verwendung dieses Apparats bei der Knochenbruchbehandlung in der Klinik unerläßlich ist.

Die übrigen Vorträge boten zum großen Teil nur fachwissenschaftliches Interesse. Für den Praktiker bemerkenswert waren die Erfahrungen, die Kortzeborn (Leipzig) mit der Austreibung von Nieren- und Uretersteinen mittels des Sudabades bekanntgab. Der hohe Prozentsatz, in welchem dieses gelingt, läßt die Anwendung des Verfahrens als Versuch vor einer operativen Entfernung berechtigt erscheinen. Die Resultate des Vortragenden wurden von anderer Seite bestätigt.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 17. Dezember 1930 stellte vor der Tagesordnung Herr A. Wolff-Eisner einen Kranken vor, bei dem eine Bechterew-Strümpellsche Erkrankung als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt war. Es fanden sich die charakteristischen Wirbelsäulenveränderungen, Atlas und Epistropheus sind mobil. Die Krankheit hatte sich aus einem 1916 entstandenen subakuten Gelenkrheumatismus entwickelt. In einem zweiten ähnlichen Falle hatte 1916/17 ein chronischer Rheumatismus eingesetzt, dem jetzt ein akuter Nachschub in der Wirbelsäule gefolgt ist. Wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Krankheit um eine chronische Sepsis. Sie hat eine Revolution des Kalkstoffwechsels im Gefolge. Ob die Kalkablagerungen primär oder sekundär sind, ist nicht leicht zu sagen. In der Aussprache hierzu weist Herr Misch darauf hin, daß nach seinen eigenen umfassenden Untersuchungen bei dieser Krankheit an den 2 obersten Halswirbeln zahlreiche akzessorische Knochen, aber keine Versteifungen vorkommen. Nach einer Schlußbemerkung von Herrn Wolff-Eisner stellte Herr Lichtenstein aus Pistyan eine Kranke vor, mit eigenartigem Verlauf einer Ischias. Die Frau war 47 Jahre alt und litt 5 Jahre an der Ischias, die als idiopathisch aufzufassen ist. Die Krankheit war begleitet von motorischen Reizungen und schweren neurothrophischen Störungen. Muskelatrophien entstanden nicht. Die Ischias hat wahrscheinlich mit einem echten Ekzem am Fuß begonnen. In der Tagesordnung hielt Herr Blum (Frankfurt a. M.) einen Vortrag: Experimentelle und klinische Studien über die Epithelkörperchen, Schilddrüse und Blut. Der Vortragende, der seit 35 Jahren in der endokrinologischen Forschung steht, berichtet an der Hand eines Bewegungsbildes und zahlreicher Kurven und Lichtbilder über seine Studie an EK. und Schilddrüse. In den EK. ist das lebenswichtige Prinzip in einer Vorstufe — als Hormogen — enthalten, das erst außerhalb der Drüsen an noch unbekannter Stelle im Organismus aktiviert wird und dann als kräftiges EK.-Hormon im Blute kreist. Durch Übertragung von Normalblut, und zwar, da das darin enthaltene EK.-Hormon vom Verdauungsapparat aus resorbierbar ist, durch Verfütterung gelingt es, die deletären Folgen der EK.-Exstirpation in einem großen Prozentsatz auszugleichen. Die erwachsene Katze ist für diese Versuche ein besonders geeignetes Objekt. Aber auch an Hund und Ratte läßt sich die günstige Einwirkung der Schutzkost dartun. Das von amerikanischen Autoren durch Säurespaltung aus den EK. selbst gewonnene Produkt ist zwar ein wirksamer Arm, nicht aber ein präformiertes EK.-Hormon. Da reine Blutkost von den Tieren schlecht genommen wird, muß der „Schutzkost" ein kleiner Anteil Milch zugesetzt werden. Neben der geschmacksverbessernden Eigenschaft besitzt die Milch noch den weiteren Vorteil, daß sie selbst einen gewissen Hormonanteil und außerdem Kalk in einer dem Körper adäquanten Form in sich trägt. Der Verlust oder Insuffizienz der EK. führt zu Störungen im Kalkhaushalt des Körpers, die durch Darreichung von Kalk, wenn auch nicht ganz behoben, so doch günstig beeinflußt werden können.

Wirkt auf der einen Seite die hormonale Schutzkost und im besonderen deren Blutanteil als ausgleichendes Moment gegenüber EK.-Insuffizienz, so läßt andererseits volle Nahrungsentziehung, die bei dem Normaltier keine Senkung des Blutkalks hervorruft, beim parathyreopriven Tier alsbald den Ausfall der EK.-Tätigkeit in Gestalt von Kalksenkung im Blut, Tetanie und Kachexie in Erscheinung treten. Hier zeigt sich also das EK. als Regulator des intermediären Kalkstoffwechsels. Daneben kommt der Nahrung, insbesondere dem Fleisch — nicht seinen Extraktivstoffen — eine die EK.-Tätigkeit belastende Eigenschaft zu, die sich bei latenter EK.-Insuffizienz geltend macht. Im Hinblick hierauf ist es berechtigt, von einem Giftfaktor der Nahrung zu sprechen. Phosphorsäure und Guanidin stehen in keiner direkten Beziehung zur EK.-Tätigkeit

Durch langsame Entziehung der Schutzkost können Krankheitsbilder als Folge der allmählich einsetzenden EK.-Insuffizienz auftreten; so am Nervensystem eigentümliche, aber charakteristische und bei Hund und Katze gleichartige psychische und psychomotorische Störungen. Auch Gewebsveränderungen an fernabliegenden Organen (Zentralnervensystem, Niere, Schilddrüse) finden sich im Gefolge der schleichenden EK.-Insuffizienz und weisen darauf hin, daß die EK.-Tätigkeit als eine entgiftende angesehen werden muß. Wie hierbei die Kalkstörung einzureihen ist, muß noch erforscht werden.

Die Erfahrungen des Tierexperiments können mit Vorteil auf die Therapie der EK.-Insuffizienz beim Menschen übertragen werden. Schutzkost, das ist fleischlose, blutreiche Milchernährung, der man geeigneterweise etwas Kalk zugibt, ist eine nahezu sichere Substitutionstherapie bei Tetanie und jeder anderen EK.-Insuffizienz. Bei den milderen Formen verwendet man mit Vorteil an Stelle von Frischblut Hämokrinin, ein Blutpräparat mit erhaltenen hormonalen Eigenschaften.

Bezüglich der Lebenstätigkeit der Schilddrüse lassen sich die folgenden vier Leitsätze als Wegweiser aufstellen:

1. Die Schilddrüse besitzt als einziges Organ im Körper eine jodabspaltende entionisierende Kraft. Mit Baumanns Entdeckung (1895) des regelmäßigen Vorkommens von Jod in der Schilddrüse in organischer Bindung beginnt die eigentliche wissenschaftliche endokrinologische Forschung. Der Vortragende hat dann 1897—99 dargetan, daß diese Jodverbindung als besonderer Jodeiweißkörper aufzufassen ist. Oswald hat 1898 die Jodeiweißfraktion durch Aussalzen von nicht jodhaltigen Anteilen abgegrenzt und neuerdings hat Blum diese Gesamtfraktion nochmals in zwei differente Anteile zerlegen können; einen jodreicheren und darüber hinaus wirksameren, und einen später ausfallenden und jodärmeren unwirksameren. Der erstere Anteil ist jetzt unter der Bezeichnung „Elityran" dem Arzneischatz einverleibt worden und übertrifft nach Experiment und klinischen Erfahrungen die anderen Schilddrüsenpräpate und insbesondere das Thyroxin beträchtlich an Wirksamkeit. Das Thyroxin ist nur als ein Baustein des Gesamtjodeiweißmoleküls der Schilddrüse anzusehen.

2. Der normalen Schilddrüse kommt eine zähe Verschlußkraft gegenüber ihrem aufgespeicherten Jodvorrat zu.

Alle Beweisversuche über Abgabe von Schilddrüsenjodeiweiß ans Blut im Normalen sind abzulehnen, weil sie Gewebsjod und alimentäres Jod nicht ausgeschlossen haben. Die v. Fellenberg-Methode ist zum Nachweis von Jodeiweiß ungeeignet. Lange jodfrei ernährte (mehrfach ausgekochte Nahrung) oder hungernde Tiere (bis 35 Tage) besitzen am Ende des Versuchs noch einen beträchtlichen Jodvorrat in ihrer Schilddrüse. Im Durchschnitt verlieren bei geringer Schwankungsbreite jodfrei ernährte Tiere 2 γ Jod pro die — eine Menge, die im Blut nie nachgewiesen werden könnte.

3. In jeglichem normalen Blut findet sich eine beträchtliche antithyreoidale Kraft.

Blum hat erstmals 1906 Blut auf antithyreoidale Eigenschaft untersucht. Er benutzte als Test die Gewichtsabnahme von Meerschweinchen, denen er Schilddrüsensaft injizierte. Zum Ausgleich spritzte er Normalserum und vergleichend damit Serum thyreopriver Hammel. Unabhängig von Ab- oder Anwesenheit der Schilddrüse zeigten die Sera gegenüber nahe dem gewichtsvermindernden Schwellenwert gelegenen Dosen von Schilddrüsensaft die gleiche antithyreoidale Kraft. Nachdem Gudernatsch entdeckt hatte, daß die Metamorphose von Amphibien, speziell unseren heimischen Kaulquappen, durch Schilddrüsenpräparate charakteristisch beeinflußt wird (Wachstumshemmung und überstürzte Umwandlung), berichtete Romeis als Erster, daß diese Schilddrüseneinwirkung durch Blut aufgehoben werden könne. Blum hatte im biologischen Institut zur selben Zeit diese antithyreoidale Kraft des Normalblutes bemerkt und ist seitdem ihrer Natur und Auswirkung, sowie ihrer therapeutischen Verwendung in vielen Studien nachgegangen. Dabei ergab sich, daß dem Normalblut ein Mehrfaches von antithyreoidalem Prinzip zukommt, verglichen mit dem Gesamtinhalt der Schilddrüse an Jodsubstanz. 1 ccm Blut neutralisiert im Zehntageversuch mindestens 3 γ Jod in Form von Schilddrüsenjodeiweiß; 1 Liter also 3 mg. Blum hält es für möglich, daß das antithyreoidale Prinzip beim Zurückhalten der Jodsubstanz in der Schilddrüse eine wichtige Rolle spielt. Im Menstruationsblut und während der Schwangerschaft vermindert sich wie Euffinger, Wiesbader und Smilovitz mit einer von Blum angegebenen Versuchsanordnung gezeigt haben, das antithyreoidale Agens im Blut, um nach der Ent-

bindung bald wieder zurückzukehren. Durch diesen bemerkenswerten Befund ist eine Brücke geschlagen zwischen Schilddrüsen- und Genitalsystem. Die antithyreoidale Komponente, die höchst wahrscheinlich hormonaler Natur ist, ist zum größeren Teil an die Bluteiweißkörper gebunden, von deren kolloidaler Beschaffenheit sie jedoch nicht abhängig ist. Den Überschuß an antithyreoidalem Agens im Blut hat Blum ausgenutzt zur Behandlung solcher Affektionen bei denen offenbar eine Verminderung der antithyreoidalen Schutzkraft eingetreten ist: Tkyreotoxikosen und Morbus Basedowii.

4. Der Ausfall der Schilddrüsentätigkeit führt zu einer Störung in der Nivellierung des Grundumsatzes.

Die Totalexstirpation der Schilddrüse zeitigt im Tierexperiment keinerlei äußerlich erkennbare Folgeerscheinungen. Myxödem ist eine nur beim Menschen beobachtete Ausfallserscheinung, für deren Entstehung noch besondere Faktoren am Werk sein müssen. Auch der Gesamtgrundumsatz wird von der Wegnahme der Schilddrüse nur insofern beeinflußt, als ein inkonstantes Herabsinken der Verbrennungsprozesse eintritt, das sich nicht lebensbedrohend auswirkt. Bei thyreopriven Tieren steigt unabhängig von dem sogenannten spezifisch dynamischen Eiweißkoeffizienten der Grundumsatz bei Fleischkost und sinkt bei Schutzkost. Im ganzen wissen wir fast mehr von der Pathologie der Schilddrüse als von der Physiologie: Versagen der jodabspaltenden Kraft der Schilddrüse findet sich bei strumöser Entartung, wodurch die Jodeiweißkörper des Kropfs oft nur den hundertsten Teil an intramolekularem Jod besitzen gegenüber dem Normaljodeiweiß. Das Entgleiten der Jodsubstanz, besonders im Zusammenhang mit Verminderung der antithyreoidalen Kraft des Blutes, führt zu Grundumsatzsteigerungen, wie sie besonders bei Morbus Basedowii konstatiert werden können. Die Zuführung von Schutzkost gleicht — was der Redner an Gewichts- und Pulskurven von drei schweren Basedowfällen erläutert — die Störung im Organismus weitgehend aus. Für solche Fälle ist die Darreichung von täglich 40 Tabletten Hämokrinin bei fleischloser milchreicher, sonst gemischter Ernährung wohl allzumeist ausreichend.

Bei mangelhafter Schildrüsentätigkeit, bei der durch Eingabe von Schilddrüsenpräparaten der normalerweise intraglandulär abspielende Ausgleichsprozeß in die Blutbahn und die Peripherie verlegt werden muß, tastet man sich am besten ein, indem man bei dem Elityran etwa mit Dosen von 2 mal 1 Tablette von je 25 mg beginnt, um allmählich zu derjenigen Menge zu gelangen, die den gewünschten Effekt zeitigt. Man wird selten mehr als 3 mal 2 Tabletten, das ist 3 mal 50 mg, benötigen. (Selbstbericht.) In der Aussprache hierzu teilte Herr Ernst Herzfeld seine günstigen Erfahrungen mit der Hämokrininbehandlung nach Blum beim Basedow mit. Dann berichtete H. über Versuche, bei denen er an Stelle von Kaulquappen Jungfische (Hechte) verwendet hatte. Bei Hechten ist das Verhältnis vom Gewicht zur Länge stets um 0,5. Bei Zusatz von Basedowblut (nicht bei Thyroxin) zur Nährflüssigkeit ist das Verhältnis über 0,6. Das Längenwachstum bleibt also gegenüber dem Körpergewicht zurück. Herr Bier betont, daß Bluteinspritzungen keine Substitutionstherapie darstellen. Blut ist ein umstimmendes Reizmittel. Von den im Jahre 1923 mit Blut behandelten Basedowfällen sind 5 praktisch arbeitsfähig. Eine Kranke ist an einem Herzfehler inzwischen verstorben. Für die erfolgreiche Behandlung genügen 2 Einspritzungen von je 5 ccm Blut, in entsprechenden Zwischenräumen verabfolgt. Innerlich gereichtes Tierblut ist lange nicht so wirksam wie die Injektion, und die Wirkung hält nicht vor. Nach Herrn Vogler wirkt die Schilddrüse verschiedener Lebensalter auf Kaulquappen ganz verschieden. Ein neugeborenes Kind hat eine Schilddrüse von verhältnismäßig starker Wirkung. 3 bis 4 Monate später fehlt die Wirkung fast völlig. In der Pubertät wird sie wieder stark, und sie ist am stärksten zwischen 20 und 25 Jahren. Sie bleibt bis in ein hohes Alter wirksam. Bei Frauen ist die Schilddrüse sehr unruhig. Eine Wirkung des Blutes auf die Kaulquappenentwicklung konnte V. nicht feststellen. Sie fehlt auch beim Basedowblut. Herr Peretz fragt, wieviel Blut man braucht, um den Kalziumspiegel auf der Höhe zu halten. Auch Nebenschilddrüsen könnte man verfüttern. Herr Benda weist darauf hin, daß es hierzulande 2 Arten von Fröschen gäbe; die eine braungefärbte laicht im März und verschwindet bald. Die andere grüne hat Kaulquappen bis in den Sommer hinein. Fr. Wittgenstein hat an 20 bis 30 Hunden die Schilddrüse exstirpiert. Dabei müssen zwangläufig die Epithelkörperchen mindestens zur Hälfte fortgenommen werden. Blieb nur eins zurück, dann gingen die Tiere an Tetanie zugrunde. Die Schutzkost auch ohne Blut und mit viel Milch verhindert tetanische Anfälle oder unterdrückt sie, wenn man prophylaktisch Kalk gibt. An manchen der sezierten Hunde ließ sich zeigen, daß auch bei 2 Epithelkörperchen die Tetanie entsteht. Die Bluttherapie von Bier hat gute Erfolge. Der Nachweis einer aktiven Schilddrüsensubstanz im Blut ist schwierig. Herr Bier betont noch einmal das Wesen der Blutbehandlung, die eine Reiztherapie ausübt. Spezifisches und Unspezifisches sind zusammen vorhanden. Die Zersetzung macht den Ersatz: das ist das Unspezifische. Das Spezifische wirkt auch als Reiz. Bei den einzelnen Menschen wirken dieselben Mittel ganz verschieden. Fettsüchtige Basedowkranke nehmen bei der Behandlung ab. Die Wirkung der Injektion kann man dahin zusammenfassen, daß die Harmonie des Körpers wiederhergestellt wird. Es folgte ein Schlußwort des Herrn Blum.

F.

Das Neueste aus der Medizin.

Coué auf der Schallplatte.

Eine wirkliche Zeitgroteske scheint die Couéistische Schallplatte zu sein, die ein Schüler des Meisters von Nancy, Léon Hardt, eingeführt hat. Daß er sie erfunden hat, kann man nicht sagen, sie ist ihm erfunden worden, charakteristischerweise von einem amerikanischen Patienten, den er mit Couéscher Suggestion von schwerer Schlaflosigkeit befreit hatte. Nach Amerika zurückgekehrt, wurde er von neuem schlaflos, und regte nun selbst seinen Suggestor an, ihn in die Ferne mittels Schallplatte zu behandeln. Fürwahr, eine Idee, würdig des Landes eines Edison, Ford und Wilson! Der Franzose glaubte denn auch nicht recht an den Erfolg, aber er tat seinem Amerikaner den Gefallen, der ließ sich die Platte jeden Abend vorspielen, und siehe da, es half!

Es half aber auch einer Freundin des Amerikaners, obwohl diese Dame kein Wort Deutsch verstand und die Schallplatte in deutscher Sprache gesprochen war. Also ein sicheres Zeichen dafür, daß hier lediglich der Berge verrückende Glaube seine Wirkung getan hat. Herr Léon Hardt will denn auch aus dieser Zufallsentdeckung bereits eine Methode machen und zum Erfolg ausbauen, ein Beweis dafür, daß amerikanischer Geist auch ihm nicht ganz fremd ist.

Das 8-Uhr-Abendblatt vom 22. Januar 1931, das diese wahrhaft ergötzliche Geschichte berichtet, meint dazu: „Jetzt heißt es abwarten. Jedenfalls aber empfehlen wir schon heute der Burgstraße dringend die Einführung dieser neuen Methode. An schwarzen Freitagen würden dann die Börsianer mit gesenkten Köpfen das Schallplattenzimmer betreten und es nach 10 Minuten mit dem glückseligen Ruf verlassen: „Ich bild' mir ein, es geht mir gut!"

Vom Wert der Wissenschaft.

Bezüglich dieser Überschrift möge der geneigte Leser nicht glauben, daß nun nach dem Scherz der Ernst kommt; wir bleiben diesmal bei der Groteske.

Der Verlag Ullstein informiert durch die naturwissenschaftliche Monatsschrift „die Koralle" sein Publikum über die Frage „Warum wird heute überhaupt Wissenschaft getrieben?" Nach gutem demokratischem Prinzip läßt man nicht einen, sondern recht viele darüber aussprechen. Nach von Harnack, Vierkandt, Haushofer, Honigmann, Klages, Sombart und Schrödinger spricht diesmal ein Außenstehender, der Weltreisende Colin Roß. Wir zitieren:

„Unsere in voller Krise stehende Zeit kann den Auftrieb, den sie braucht, um diese Krise zu überkommen, durch eine religiöse Renaissance erhalten oder durch eine wissenschaftliche.

Soll es die letztere sein, so muß sich die Wissenschaft entschließen, Brot statt Steine zu geben, d. h. sie muß die hinreißende und mitreißende Idee einer Lebenserfüllung durch die Wissenschaft in die Massen schleudern. Eine solche Idee wäre der Glaube an die Möglichkeit der restlosen Besiegung und Dienstbarmachung der Natur, wie die befriedigende Lösung der heute so unbefriedigenden menschlichen Gemeinschaftsbeziehungen durch die Wissenschaft. An die Stelle des ‚Ignorabimus' soll treten: ‚Ihr werdet sein wie Gott und wissen, was gut und böse ist,' ohne Rücksicht darauf, ob man damit einen uneinlösbaren Wechsel ausstellt."

Ein Kommentar zu diesem erschreckenden Dokument ist wohl kaum nötig. Wäre Herr Roß von der berüchtigten Klugheit jener Schlange, die einstmals die obigen Worte sprach, so könnte man ja glauben, er wolle mit seiner Verführung der Wissensehaft bewußt eine Falle stellen. So ist es aber nicht, er meint es tatsächlich ehrlich, und unbewußt nur entblößt er seinen Geist, wenn er mit den Worten des Teufels redet. Spottet seiner selbst und weiß nicht wie. Die Wissenschaft aber wird es kaum schwer haben, sich vor der Verlockung dieses unberufenen Verführers zu hüten. Prophezeit er ihr, sie werde nach seinem Rezept wieder auf den Thron der allgemeinen Achtung und Verehrung gelangen, so darf sie mit mitleidigem Lächeln erwidern, daß sie auf eine solche Zweitages- oder bestenfalls Zweiwochenthronherrlichkeit mühelos verzichten kann. Die Wissenschaft dauert länger als die berühmte Weltkrise des 20. Jahrhunderts. Dr. Richard Wolf.

Therapeutische Umschau.

Über endonasale Applikation des Insulins

berichten Wassermeyer und Schäfer (Med. Klin. Nr. 13). Hierbei zeigte sich, daß beim Gesunden und beim Diabetiker nur eine begrenzte Wirkung erzielt werden kann. Da höhere Dosen nicht mehr als kleinere auf den Blutzucker einwirken, kommt diese Art der Insulinbehandlung höchstens für leichte Diabetesfälle in Betracht. — Zu einer Ablehnung der oralen Insulinbehandlung kommen Kwilecki und Silberstein (Med. Klin. Nr. 14). Auch die Bindung an Gallensäuren vermochte nicht die Wirksamkeit oral gegebenen Insulins zu erhöhen.

Die rektale Sekalebehandlung

mit Sekale-Exkludzäpfchen hat sich Walther (Med. Klin. Nr. 15) bewährt. Jedes Zäpfchen entspricht 0,5 Sekale. Post partum gibt der Verf. innerhalb der ersten 2 Stunden je ein Zäpfchen, sodann noch 5—8 Tage lang im Wochenbett täglich einmal ein Zäpfchen, ebenso nach Fehlgeburten und nach Ausschabungen. Drohten stärkere Blutungen, so wurden morgens und abends ein Zäpfchen gegeben.

Als appetitanregendes Mittel

empfiehlt Eschbaum (Med. Klin. Nr. 10) Plantisin, ein Chlorophyllpräparat. Übliche Dosis 3 × tägl. 1—2 Pillen vor dem Essen. Eintritt der Wirkung meist nach 4—5 Tagen.

Bei Rheuma, Neuralgie und Gicht

hat Koopman (Dtsch. med. Wschr. Nr. 16) sehr gute Resultate mit der äußerlichen Anwendung von Doloresum-Tophiment erzielen können. Es handelt sich bei diesem Präparat um eine Auflösung von Phenylcinchoninsäure in Doloresum-Liniment, einer Mischung von Salizylsäuremethylester, Chloroform, Allylsenföl und Terpentinöl in Linimentum volatile. Die Phenylcinchoninsäure wird auch von der Haut aus resorbiert. Hervorzuheben ist, daß die Schmerzen nach ein oder zwei Einreibungen verschwinden.

Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für März 1931. Auf Welle 1635 über Königswusterhausen. Am 13. März 1931, von 19—19.15 Uhr Prof. Gohrbandt (Berlin): Differentialdiagnose schmerzhafter Zustände in der Oberbauchgegend; von 19,15—19,20 Uhr: Das Neueste aus der Medizin. Am 20. März 1931, von 19—19,15 Uhr Prof Dr. L. F. Meyer (Berlin): Behandlung der Lues congenita; von 19,15—19,20 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

In Bad Kissingen wird in diesem Jahre der siebente ärztliche Fortbildungskurs vom 2.—5. September veranstaltet. Das Programm erscheint Ende Mai und wird auf Wunsch durch den Kurverein zugesandt. L.

Kurse für spanisch sprechende Ärzte werden im August dieses Jahres in Hamburg abgehalten. Eine Reihe von Dozenten der dortigen Universität und der dortigen Krankenhäuser, die die spanische bzw. französische Sprache beherrschen, haben sich zusammengetan, um ärztliche Fortbildungskurse in diesen Sprachen abzuhalten. Wir können diesen Fortschritt auf dem Gebiete des ärztlichen Fortbildungswesens nur begrüßen und den Veranstaltern wünschen, daß sie recht reichen Erfolg haben. Anmeldungen an das „Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten", Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Str. 74.

Die französische Krankenversicherung. Vor der Deutsch-Französischen Gesellschaft hat der französische Arzt Dr. Fernand Decourt einen Vortrag über die Vorgeschichte und Organisation der Krankenversicherung in Frankreich gehalten. Er gab einen Überblick über diejenigen Organisationen, welche die wichtigsten Volkskrankheiten (Tuberkulose, Krebs, Geschlechtsleiden) bekämpfen. Die planmäßige, behördlich und durch nationale, provinzielle, sowie private Komitees eingeleitete Tuberkuloseabwehr geht auf das Jahr 1888 zurück. Im wesentlichen beschäftigen sich 700 Laboratorien (d. h. je eines auf 600000 Einwohner) mit der Untersuchung, Vorbeugungsmaßregeln, Unterbringung der Kranken und Desinfektion. Die Behandlung bleibt dem vom Kranken freigewählten Arzt überlassen. Dieser Grundsatz der freien Arztwahl ist nun der springende Punkt für die Gestaltung der Krankenkassengesetzgebung in Frankreich geworden: Die französische Ärzteschaft hat sich energisch gegen jedwede Verbeamtung gesträubt und diesem Standpunkt in einem Manifest „Charte médical" Ausdruck gegeben; dem Kranken dürfe das Recht, sich den Arzt seines Vertrauens zu wählen, nicht genommen werden. Diese Forderungen der „Charte" sind denn auch in dem Gesetz von 1930 betreffend die Sozialversicherung berücksichtigt: freie Arztwahl durch den Kranken: absolute Wahrung des Ärztegeheimnisses, sowohl direkt, wie auch indirekt; Recht des Arztes, von jedem Kranken Honorar zu verlangen; direkte Zahlung des Kranken an den Arzt; keine Zahlung durch einen Dritten; Verordnungsfreiheit; Kontrolle der Kranken durch die Kasse; Kontrolle des Arztes durch das Ärztesyndikat; Ärztevertretungen in den technischen Kommissionen der Kassen und Sonderverträge zwischen Syndikat und Kasse. Hier ist also dem Arzt eine viel größere Freiheit als in Deutschland belassen, in Frankreich ist der Einfluß der Ärzteschaft auf die gesetzgebenden Körperschaften bedeutend größer als in Deutschland. Die französische Sozialversicherung tritt ein bei frühzeitiger Invalidität, im Todesfall und bei Krankheiten; sie erfaßt Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und Landarbeiter, ausgeschlossen von ihr sind Beamte und Personen, für die anderweitig Sicherungen geschaffen sind. Man erfuhr von Dr. Decourt Einzelheiten über die Beiträge, die Verwaltungsorgane der Kassen, die Bezahlung der Ärzte; sie werden von dem Kranken selbst honoriert und diesen werden 80 bis 85 Proz. von den Kassen zurückerstattet. Man will eben einem Mißbrauch dadurch vorbeugen, daß man den Kranken an den Kosten beteiligt. Ähnlich ist die Krankenhausbehandlung geregelt.

Tuberkulosebekämpfung in Frankreich. In Frankreich sind in den vergangenen Monaten nach alter Gewohnheit wieder die Tuberkulose-Stempelmarken verkauft worden. Der Verkauf ergab in dem Jahre 1928 18 Millionen Frank, das sind annähernd 3 Millionen Mark, im Jahre 1929 betrug er sogar 22 Millionen Frank = 3,7 Million Mark. Außer dieser Summe stellte die Regierung dem Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose im Jahre 1928 700 Millionen Frank, das heißt annähernd 120 Millionen Mark, zur Verfügung und in diesem Jahre 1 200 Millionen Frank, das heißt ungefähr 200 Millionen Mark. Infolgedessen befindet sich das Komitee in der Lage, die Zahl der Fürsorgestellen von 70 auf zu 650 erhöhen, die Zahl der Fürsorgerinnen von 85 auf 1 500; die Zahl der für Tuberkulose bestimmten Betten stieg von 3000 auf 45000. Wenn man die für Tuberkulosebekämpfung verausgabten Gelder vergleicht mit dem, was die deutsche Regierung für diesen Zweig der Gesundheitspflege auszugeben in der Lage ist, so mutet dies direkt lächerlich an. Allerdings ist die Zahl der Tuberkulose in Frankreich erheblich höher als in Deutschland. Sie sank in den letzten 12 Jahren von 33,9 auf 22,8 für 10000 Einwohner, während die Tuberkulosetodesziffer in Deutschland zurzeit nur 9 auf 10000 beträgt.

Die Paul Ehrlich-Stiftung verlieh dem Prof. Levaditi vom Pasteurinstitut in Paris für seine Arbeiten auf dem Gebiete der Chemotherapie die goldene Paul-Ehrlich-Medaille für 1931, ferner zwei Geldpreise dem Abteilungsvorsteher am hygienischen Universitätsinstitut in Frankfurt a. M., Prof. Hugo Braun, und dem Oberassistenten am Robert-Koch-Institut in Berlin, Dr. Walter Levinthal, in Anerkennung und zur Förderung ihrer Arbeiten über den Stoffwechsel der Bakterien bzw. über das Virus der Papageienkrankheit.

Personalien. Dr. Willi Engelhardt, bisher Privatdozent für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Gießen, ist als Oberarzt an die Hautklinik der medizinischen Akademie in Düsseldorf übergesiedelt und wurde zum Dozenten ernannt. — Prof. Karl Theodor Willich (Jena) ist zum Chefarzt der chirurgischen Abteilung am Diakonissenhaus in Frankfurt a. M. ernannt worden. — Dr. Hans Bischoff, Privatdozent für Kinderheilkunde in Rostock, ist die Amtsbezeichnung außerplanmäßiger außerordentlicher Professor beigelegt worden. — Prof. Ernst Edens (München) hat den Ruf auf den Lehrstuhl der inneren Medizin an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf als Nachfolger von Prof. Thannhauser angenommen. — Prof. Adolf Jarisch, Ordinarius der Pharmakologie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, hat den Ruf nach Innsbruck angenommen. — In Frankfurt a. M. habilitierten sich: Prof. Walter Lehmann (Göttingen) für Chirurgie, Dr. Ernst Herz für Psychiatrie und Neurologie, Prof. Richard Seyderhelm (Göttingen) für innere Medizin. — Prof. Leopold Heidrich, Assistent an der chirurgischen Klinik der Universität Breslau, wurde als Nachfolger des verstorbenen Sanitätsrats Dr. Paul May zum Primärarzt der chirurgischen Abteilung am Krankenhaus der Elisabethinerinnen in Breslau gewählt. — Dr. Paul Herz, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Augusta-Viktoria-Krankenhauses Berlin-Lichtenberg, ist gestorben. — Prof. Richard Cords, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik in Köln, starb im Alter von 49 Jahren. — Dr. Matthias Hackenbroch, Privatdozent für Orthopädie in Köln, wurde zum nichtbeamteten außerordentlichen Professor ernannt. — Dr. Otto Dyes, Leiter des Röntgeninstituts an der Chirurgischen Klinik in Würzburg, habilitierte sich für Röntgenkunde. — Prof. Karl Joseph Gauß, Direktor der Frauenklinik Würzburg, ist von der italienischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zum korrespondierenden Mitglied ernannt worden. — Dr. Max Dützmann, Chefarzt der Frauenabteilung am Diakonissenheim und der Klinik Bethesda in Berlin, starb, 52 Jahre alt. — Dr. Fritz Haese, Chefarzt des Tuberkulosekrankenhauses in Köslin, starb, 34 Jahre alt. — Prof. Wilhelm Herzog, ehemaliger Chefchirurg am Kinderhospital in München, starb, 81 Jahre alt. — Der Direktor des Anatomischen Instituts der Universität Hamburg, Prof. Dr. Heinrich Poll, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät für das Amtsjahr 1931/32 gewählt. — Dr. Wilhelm Ewig und Dr. Albert Schürmeyer, bisher Privatdozenten in Freiburg i. B., für innere Medizin und Dr. Paul Niederhoff, bisher Privatdozent in Berlin für Physiologie haben sich nach Köln umhabilitiert.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 15. März 1831. 100 Jahre. Militärarzt Alwin von Coler geboren in Gröningen. Seit 1889 Generalstabsarzt der preußischen Armee und Chef des Sanitätskorps. Sehr verdient um die Vervollkommnung des Militärsanitätswesens.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 3, 5, 7, 17.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)
Printed in Germany

Nr. 3 1. 3. 1931

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

NEUE LITERATUR

Redaktion: Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" in zwangloser Folge. — **Nachdruck** der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, **Referate** jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.

I. Innere Medizin.

Herz, Pulsation und Blutbewegung. Von Dr. Georg Hauffe, Wilmersdorf. Mit einem Geleitwort von Geheimrat Friedr. Kraus, Berlin. 246 Seiten mit 9 Abbildungen Verlag von J. F. Lehmann, München 1930. Preis geh. 14 M., geb. 16 M.

Hauffes Werk gibt über den Kreislauf, sein Zustandekommen und seine treibenden Kräfte grundlegende Anschauungen, die nicht nur originell sind, sondern prinzipiell abweichen von den theoretischen Lehren und praktischen Erfahrungen aller, auch der modernsten Physiologen und Kliniker. Eine neue Lehre des Kreislaufs wird hier auf Grund bekannter physikalischer Gesetze, aber auch auf Grund eigener physikalischer und Tierexperimente, sowie unter Verwendung entwicklungsgeschichtlicher Ergebnisse aufgebaut.

Mit Staunen erfährt der Leser, daß die souveräne Stellung des Herzens als wesentlicher Bestandteil des Kreislaufs entthront wird, daß dagegen die eigentlichen Beweger des Blutstromes die Gefäße sind und daß die Pulsation der Gefäße von Gesetzen stammt, die sich in den Gefäßwänden selbst geltend machen. Denn H. hatte experimentell gefunden, daß bei einer gewissen Geschwindigkeit des Stromes in elastischen Röhren eine rhythmische Bewegung der Wände durch Umkehr stattfindet; diesen Gesetzen der Umkehr folgend nähern sich die elastischen Wände einander und entfernen sich wieder in Form rhythmischer Pulsation.

Das Herz ist nach H. nicht nur ein Druck-, sondern ein Saugapparat. Für diese doppelte Tätigkeit, für diese Umkehrbewegung, ist nach H. das Perikard von größter Bedeutung. Nach ihm stellt die Perikardhöhle einen Kessel dar, in dem die Herzmaschine arbeitet: die Kolben sind die sich auf- und abwärts bewegenden Kammer- Vorhofsmuskeln. Das führende Gestänge dieser Kolben ist die umschließende Perikardwand, in deren abgeschlossenem Raume die Muskeln gleiten.

Der Herzmuskel besitzt nicht die Eigenschaften der Rhythmik, die den Gefäßwänden eigentümlich ist. Er dient nur zur Aufrechterhaltung der Bewegung im Blute.

H. fand ferner, daß mit der Schnelligkeit des Blutstromes die Gefäße sich verengern, bei Verlangsamung sich erweitern.

Die bei dem ausgeschnittenen überlebenden Herzmuskel beobachtete Rhythmik sucht er nicht als eine besondere Eigenschaft dieses Muskels zu erklären, sondern hält sie nur für eine Folge ihrer Elastizität.

So ist der Rhythmus des Kreislaufs eine Wiederholungsbewegung im elastischen schwingenden Gefäßsystem; seine Unregelmäßigkeiten gehen ebenfalls von den Gefäßen aus durch Änderungen der Elastizität, aber auch auf dem Wege der Fernwirkung anderer Organe auf die Gefäßmuskulatur.

Mit diesen wenigen Sätzen sei der Inhalt von Hauffes Werk nur angedeutet. Jeder Abschnitt des Buches gibt grundlegende Änderungen der bisherigen Anschauungen. Nur wer sie genau studiert, wird Stellung nehmen können, sei es zur Belehrung, sei es zur Kritik, gegenüber der Fülle von neuen umstürzlerischen Gedanken, die, wenn sie zutreffen, die Lehre von der Arbeit des Kreislaufs aufs tiefste erschüttern würden.

H. Rosin.

Die Vitaminlehre in ihrer Auswirkung auf die praktische Medizin. Von Priv.-Doz. Dr. Kurt Voit, Breslau. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. XI. Band, Heft 6.) 53 Seiten. Verlagsbuchhandlung Carl Marbold, Halle/S. 1930. Preis geh. 1,75 M.

Das vorliegende Heft darf an sich schon auf ein besonderes Interesse rechnen, weil es aus der Steppschen Klinik erscheint, aber auch aus dem Grunde, weil in ihm das Vitaminproblem außerordentlich kritisch besprochen wird. Sind doch Vitaminfragen in den letzten Jahren nicht bloß von berufener Seite sondern wiederholt auch von Seiten besprochen worden, die nicht immer fähig waren, aus der Vitaminlehre dasjenige herauszufinden, was der praktischen Medizin tatsächlich dient. Nach der letzteren Richtung darf das vorliegende Heft auf eine besondere Beachtung rechnen, weil sein Verf. trotz aller Betonung der Wichtigkeit der Vitamine doch über die Nutzanwendung der von der Wissenschaft festgestellten Befunde durch die Klinik stets sehr maßvoll urteilt. Im Sinne einer solchen Richtung finden wir in dem Heft nicht bloß die experimentellen Ergebnisse der Vitaminlehre vor, sondern auch spezielle Kapitel übre die Avitaminosen beim Menschen und über den Einfluß der Vitaminlehre auf die praktische Therapie. Besonders nützlich für den Praktiker ist auch die dem Heft beigegebene Steppsche Tabelle über die Verteilung der Vitamine in den gebräuchlichsten Nahrungsmitteln und über den Einfluß der Zubereitung auf den Vitamingehalt. Auch das dem Heft beigegebene Literaturverzeichnis, welches eine gute Orientierung über die wichtigsten in Frage kommenden Arbeiten gibt, dürfte vielen sehr willkommen sein.

H. Strauß.

Nutritive Allergie in der Pathogenese innerer Erkrankungen als Nährschaden Erwachsener. Von Dr. Carl Funck, Köln. 170 Seiten. Zweite, umgearbeitete Auflage. Verlag von S. Karger, Berlin 1930. Preis 6 M.

Als vor 3 Jahren die 1. Auflage der vorliegenden Monographie erschien, bedeutete diese im gewissen Sinne ein Wagnis aber gleichzeitig auch eine Tat zur rechten Zeit. Ist doch in den verflossenen 3 Jahren über das vorliegende Problem eine recht umfangreiche Literatur erschienen, welche der Verf. in der neuen Auflage sehr weitgehend berücksichtigt hat. Auch in der Neubearbeitung des Buches finden wir denselben Fleiß und dieselbe eingehende Berücksichtigung der Literatur, wie in der 1. Auflage. Ebenso ist die Darstellung der überaus schwierigen Probleme von denselben großzügigen Gedankengängen getragen und ebenso flüssig gehalten wie in der 1. Auflage. Da aber die Unterlagen für die nutritive Allergie auch heute noch außerordentlich reich an Hypothesen sind, so ist nicht zu verwundern, wenn gar manche in der vorliegenden Monographie geäußerten Gedankengänge noch einen stark subjektiven Charakter besitzen und wohl auch hier und da erheblich über das Ziel hinausschießen. Im übrigen merkt man bei der Lektüre des Buches auf Schritt und Tritt, daß der Autor, wie es ja auch bekannt ist, seit langen Jahren bei der Verfolgung seiner eigenen klinischen Fälle dem vorliegenden Gegenstand ein konzentriertes Interesse entgegengebracht hat. Gerade weil auf dem vorliegenden Gebiet noch sehr vieles im Werden begriffen ist, wird jeder Arzt, der sich mit dem vorliegenden Gegenstand beschäftigt, die Arbeit des Verf. mit großem Gewinn lesen, auch wenn er nicht mit allen Ideen des Autors einverstanden sein wird. Auch für das ausführliche am Schluß befindliche Literaturregister wird ihm die Mehrzahl der Leser besonderen Dank wissen.

H. Strauß.

II. Klinische Sonderfächer.

Psychotherapie — Voraussetzungen, Wesen, Grenzen. Ein Versuch zur Klärung der Grundlagen. Von Hans Prinzhorn. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929. 334 Seiten. Preis 14 M., in Ganzleinen 15,75 M.

Ein weltanschauliches Bekenntnis zu der Psychologie von Ludwig Klages — in dem sich der Referent, selbst durch weniges so gefördert wie durch Klages schmale „Grundlagen der Charakterkunde" (1910), dem Verf. verbunden fühlt; verbunden aber auch durch die gleiche Verachtung des „Betriebs". Also nichts will Prinzhorn weniger geben, als etwa ein Lehrbuch der Psychotherapie! Jedem solchen versagt er sogar die Existenzberechtigung! Aber sein Werk wird vielen Lesern ein verschlossenes Tor weit aufreißen! Schärfste Kritik wird geübt an der gegenwärtigen „psychotherapeutischen Bewegung" und an bestimmten — dem Wissenden erkennbaren — ihrer Vertreter. Auch aus dem eigentümlichen, zugleich lebensvollen und formgerundeten, dabei leicht verständlichen Stil leuchtet das — völlig erreichte — Vorbild von Klages. Den Verf. erfüllt Ehrfurcht vor dem Erzvater der Charakterologie, Nietzsche, und tiefe Anerkennung für Freud: „Mochte auch zunächst viel Plattes dabei zutage kommen, so hat doch kein noch so gewichtiger Einwand von autoritativer Seite es verhindern können, daß im Laufe der Zeit der wertvolle Gehalt von Freuds Lehre — nicht als psychotherapeutische Methode, sondern als einer biologischen Lehre vom Menschen — sich in Wissenschaft und Leben als ein Richtpunkt alles psychologischen Denkens durchgesetzt hat . . ." Aus den 14 Thesen die der Verf. auf 8 Seiten seinem Buche vorangesetzt hat, zitiere ich: Es seien „Ausgangsirrtümer", daß „Psychotherapie sich rein wissenschaftlich begründen lasse, daß Psychotherapie lehrbar sei wie jede ärztliche Methode". Sie ist „in Wahrheit Führung. Objektivitäts- und Gleichheitsideale können sie niemals begründen". „Die eigentliche Funktion der Psychotherapie ist die gleiche wie jeder religiösen Gemeinschaft: Religion, Rückbindung des einzelnen in etwas Überpersönliches, Bergendes." „Neurosen entspringen wesentlich aus Konstitution und Charakter anläßlich einer Belastung, die von anderen Individuen noch „biologisch" verarbeitet wird." „Der Sektencharakter psychotherapeutischer Schulen ist keine Entgleisung, sondern Vollendung einer unvermeidlichen Entwicklung." „Die kulturelle Bedeutung der Psychologie wird oft bis ins Utopische überschätzt". Ein prachtvolles Buch, übrigens auch in Druck und Papier.

Paul Bernhardt.

Perspektiven der Seelenheilkunde. Von Arthur Kronfeld, Berlin. 384 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1930. Preis geh. 25 M., geb. 28 M.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchungen ist die Erfassung der seelischen Eigenart der Schizophrenie. Sie wird ihrem Wesen nach als einheitliche ergriffen, als eine besondere Art der Veränderung der personalen Existenz. Durch sie gestaltet sich die Begegnung von Selbstheit und Welt in ihren Seinsweisen und Bedeutungszusammenhängen neu. Es wird also das Wagnis unternommen, den „Verrückten", den wir jetzt als „schizophren" bezeichnen, von eben seiner Verrückung her, nämlich von seinen personalen Fundamenten her, in seinem inneren Leben und Tun, in all seinen psychischen Einzelstrukturen zu erfassen, — und die Welt zu erfassen, die ihm und so wie sie ihm begegnet.

Solche Erfassung kann nicht erreicht werden durch willkürliche, spekulative psychologische Konjekturen und Konstruktionen. Nüchterne, vorsichtige, sachlich angemessene und eindeutig bezeichnete Methodik der Arbeit spiegelt jede Seite wider. Das Ziel wird nicht etwa willkürlich vorweggenommen, sondern in langer Arbeit erst allmählich errungen. Hier wird also keine Gedankenspielerei getrieben, „spekulative Philosophie" oder konstruktive psychologische Willkür. Man kann ein sehr tüchtiger Psychiater sein und braucht sich doch mit diesen Dingen nicht zu beschäftigen; man darf es sogar nicht — nach der Anschauung gewisser „Prominenter", in der ein mißverstehender ältlicher Positivismus und „neue Sachlichkeit" eine Synthese eingegangen sind. Aber zum mindesten jede Anstalt hat die verdammte Pflicht, das Werk von Kronfeld für ihre Bibliothek anzuschaffen, denn wenn es etwa den einen oder anderen ihrer Ärzte zur Auseinandersetzung mit den letzten Dingen der Seelenheilkunde drängt, so ist sie das zu ermöglichen ihm schuldig.

Paul Bernhardt.

Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose. Von Dr. Ludger Rickmann, mit einer Einführung von Dr. Adolf Bacmeister. 170 Seiten mit 46 teils farbigen Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis 13,40 M., geb. 15 M.

Ein kurz gefaßter, für den Hausärztlichen Gebrauch bestimmter Auszug dieses Buches wurde hier vor kurzem besprochen und warm empfohlen. Die gleiche Anerkennung gebührt der jetzt vorliegenden ausführlichen Monographie, die mehr für den Gebrauch des Facharztes bestimmt ist. Sie wird nicht nur dem Anfänger gute Führerdienste leisten, auch dem erfahrenen Spezialarzt wird sie willkommene Gelegenheit bieten, seine eigenen Beobachtungen mit den reichen, kritisch aufs beste durchgearbeiteten Erfahrungen des Verf. zu vergleichen und zu prüfen.

A. Kuttner.

III. Bakteriologie, Hygiene (einschl. öffentliche Gesundheitspflege), Pharmakologie.

Die Impedinerscheinung. Von Prof. R. Torikata, Kyoto. 871 Seiten. Mit 215 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1930. Preis brosch. 60 M., geb. 62 M.

Der durch eine Reihe hervorragender Arbeiten auch bei uns wohlbekannte japanische Forscher berichtet in seinem vorliegenden neuesten Werke — gemeinsam mit Schülern und Mitarbeitern — über eine für Mikroben spezifische Eigenschaft, die Impedinerscheinung. Das Impedin stellt „eine selbständige normale mikrobiotische Energie dar, die alle immunbiologischen Reaktionen, d. h. die gegen die Mikroben gerichteten Lebenskräfte der höheren Organismen paralysiert". Nach Ansicht des Autors ergeben sich aus dieser Tatsache auch praktische Konsequenzen, wie z. B. die Notwendigkeit und Möglichkeit der Verbesserung von (bakteriellen) Impfstoffen. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Die experimentelle Bearbeitung sowie die Darlegung der Gedankengänge und die Erläuterung der Versuchsergebnisse (in vorbildlich gutem Deutsch!) verdienen höchste Bewunderung.

von Gutfeld.

Antivirustherapie. Herausgegeben von Prof. A. Besredka. Aus dem Französischen ins Deutsche übersetzt von Dr. med. S. Fischbein-Basseches. 221 Seiten. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1931. Preis brosch. 10 M., geb. 12 M.

Die theoretischen und experimentellen Grundlagen der lokalen Immunität und lokalen Immunisierung, d. h. der Antivirustherapie von Besredka, wurden vor einigen Jahren in dieser Zeitschrift (1927 Nr. 8) dargelegt. In dem vorliegenden Buch gibt Besredka unter Heranziehung einer großen Reihe von Arbeiten zahlreicher Autoren eine Zusammenstellung der mit der Antivirustherapie erzielten Resultate bei den verschiedensten Krankheiten (Antivirustherapie in der Ophthalmologie, Oto-, Rhino-, Laryngologie, Stomatologie, Enterologie, Urologie, Gynäkologie, Dermatologie, Veterinärmedizin). Besredka ist von der günstigen Wirkung der von ihm eingeführten Behandlungsmethode überzeugt; in Deutschland sind nur wenige Nachprüfungen (mit nicht einheitlichen Ergebnissen) erfolgt. — Der elegante Stil, den wir aus Besredkas französischen Arbeiten gewohnt sind, ist in der deutschen Übersetzung leider nirgends zu erkennen.

von Gutfeld.

Die speziellen Krankheiten der warmen Länder und der Tropen. Kleines Handwörterbuch. Von A. de Castro, Hamburg. 87 Seiten. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1930. Preis steif brosch. 4,80 M.

Mit dem kleinen Handwörterbuch will der Autor die Anregung geben zum Studium der tropischen Krankheiten, deren

Kenntnis für jeden Arzt nützlich ist. Das Büchlein enthält in (nicht ganz richtiger) alphabetischer Reihenfolge eine Zusammenstellung tropischer Krankheiten (Ursache, Diagnose, Verlauf, Behandlung, Vorbeugung). Ob die ziemlich oberflächliche Darstellung den vom Verf. beabsichtigten Zweck erfüllen wird, scheint zweifelhaft. von Gutfeld.

Die Seuchen. Von Werner Adalbert Collier, Berlin. (Die Wissenschaft, Einzeldarstellungen aus der Naturwissenschaft und der Technik, Bd. 83.) 159 Seiten. Mit 43 Abbildungen im Text und auf 2 Tafeln. Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn A.-G., Braunschweig 1930. Preis geh. 9,60 M., geb. 11,40 M.

Das Büchlein soll einen Überblick über die wichtigsten Seuchen geben. In leichtfaßlicher Weise beschreibt der Verf. Tatsachen und erörtert Theorien, die das Entstehen und Vergehen von Seuchen dem Verständnis näherbringen können. von Gutfeld.

Mensch und Tier im Zyklus des Kontagiums. Von Dr. T. van Heelsbergen, Utrecht. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. W. Schüffner, Amsterdam. 167 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis geh. 8 M., geb. 10 M.

Humanmedizin und Veterinärmedizin haben zahlreiche Berührungspunkte. Die biologischen Probleme sind auf beiden Gebieten die gleichen. Krankheitserreger können von Tieren auf Menschen und auch umgekehrt übertragen werden; gewisse Krankheiten kommen bei Menschen und Tieren in fast gleichartiger oder in charakteristisch veränderter Form vor. Die Kenntnis dieser wichtigen Beziehungen ist für den Menschenarzt wie für den Tierarzt von gleich großer Bedeutung. Das vorliegende Buch soll dazu beitragen, diese Kenntnisse zu verbreiten. von Gutfeld.

Lehrbuch der homöopathischen Arzneimittellehre. Von Dr. med. E. Schmidt. Zum Selbststudium für praktische Ärzte und Studierende der Medizin. Mit einer Einführung von Prof. Dr. med. U. Atzerodt. II. Auflage. 342 Seiten. Mit 35 Abbildungen. Verlag von Dr. Madaus & Co, Radebeul/Dresden 1930. Preis 12,60 M.

Ein Vorzug dieses Buches ist der, daß der Versuch gemacht ist, „Zusammenhänge der Symptome nach anatomischen, physiologischen und pathologischen Gesichtspunkten zu finden", und nicht nur die einzelnen Symptome, gegen die das einzelne Mittel wirksam sein soll, aneinander zureihen. Daß der Versuch nicht in allen Fällen glücken konnte, gibt der Verf. selbst zu. Der große Stoff der homöopathischen Arzneimittellehre wird aber so dem Verständnis des sogenannten „Schulmediziners" wesentlich nähergebracht, als es bei anderen Werken der Fall ist. Das Buch kann dem Arzt, der sich mit der Homöopathie beschäftigen will, durchaus empfohlen werden. Johannessohn.

Wie und in welcher Art können kleine und kleinste pharmakologische Dosen beim Karzinom wirksam sein? Von Dr. Alfred Neumann. Verlag des Giornale di Clinica Medica 1930.

Der Verf. geht von den bekannten Warburgschen Feststellungen aus, nach denen der Krebszelle ein andersartiger Stoffwechsel als der normalen Zelle eigen ist, und glaubt, daß sich die Krebszelle auch in pharmakologischer Beziehung anders verhalte. Daher hält er die heute von internistischer Seite vielleicht zur Anwendung kommenden Mittel nicht für richtig dosiert; er berichtet über selbst und von anderen erzielte Erfolge mit ganz geringen Dosen. Johannessohn.

IV. Anatomie und Physiologie (einschl. Biologie), Physik und Chemie, Pathologische Anatomie.

Rauber-Kopsch: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen. Von Dr. Fr. Kopsch, a. o. Professor der Anatomie und erster Prosektor am Anatomischen Institut der Universität Berlin. In 6 Abteilungen. 13., vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929-1930. Abt. 3 Muskeln/Gefäße, mit 401, zum Teil farbigen Abbildungen, Preis 23 M. Abt. 4 Eingeweide mit 477, zum Teil farbigen Abbildungen, Preis 21 M. Abt. 5/6 Nervensystem/Sinnesorgane, nebst Anhang: Grundzüge der Oberflächen- und Projektionsanatomie mit 518, zum Teil farbigen Abbildungen, Preis 26 M.

Wie die beiden ersten Bände dieses großzügigen ungewöhnlich instruktiven Lehrbuches sind auch die folgenden drei ausgestattet mit einem zahlreichen Bildermaterial von schwarzen und farbigen anatomischen Präparaten, wie sie wohl kein anderes neuzeitliches Lehrbuch an Menge und Schönheit aufzuweisen hat.

Die dritte Abteilung enthält im ersten Teil die Lehre von den Muskeln. Im zweiten Teil dieses Buches befindet sich die Darstellung der Gefäße des menschlichen Körpers, eingeleitet von einem kurzen vergleichend-anatomischen und allgemeinen Teil, denen dann wieder in ausführlicher Darstellung die Schilderung des Herzens und seiner Schichten, Gefäße, Nerven und Topographie mit vorzüglichen Abbildungen folgt.

Der 4. Band mit der Lehre von den Eingeweiden schildert nach einer ganz kurzen Betrachtung über allgemeine Splanchnologie das gastropulmonale System, die Lehre vom Verdauungs- und Atmungsapparat sowohl seine makroskopische wie mikroskopische Anatomie, umfassend und ausführlich. Es folgt eine eingehende Darstellung des Urogenitalsystems wieder mit einer besonders instruktiven Darstellung der mikroskopischen Anatomie der Entwicklungslehre der männlichen und weiblichen Zeugungsorgane mit prächtigen farbigen Abbildungen. Den Schluß bildet eine lehrreiche Zusammenstellung der sogenannten serösen Säcke, besonders des Brustfells und des Peritoneums mit seinen Verbindungen, der für die Chirurgie der Lungen und des Bauchfells und der von ihm überzogenen inneren Organe außerordentlich wichtigen Verhältnisse.

Der letzte Doppelband mit seinen 607 Seiten und 518 Abbildungen behandelt das Nervensystem und in seinem letzten Teil die Anatomie der Sinnesorgane. Gerade in dieser Abteilung zeigt sich die immense Fortentwicklung unserer Kenntnisse der feinen mikroskopischen Anatomie der Sinnesorgane. Das Werk schließt mit einem topographisch-anatomischen Anhang der für den Kliniker und Chirurgen gleichwichtigen Mittel zur Bestimmung nicht sichtbarer und nicht fühlbarer Organe von besonderer Bedeutung, ein Kapitel, welches unter Zuhilfenahme der herrlichen Abbildungen besonders warm und dringend zum Studium auch dem fertigen Arzt empfohlen werden muß. W. Holdheim.

Kontrolle des Mineralstoffwechsels. Von Dr. Ragnar Berg, Friedrichstadt b. Dresden. 87 Seiten. Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1930. Preis kart. 5 M.

Ragnar Berg gehört zu den Männern, welche die Wichtigkeit des Mineralstoffwechsels zuerst hervorgehoben haben. Darum muß seine Stimme gehört werden, auch wenn seine Ansichten sich oftmals nicht mit denen anderer Physiologen decken. Das vorliegende Buch ist ein Niederschlag der Gedanken Bergs, klar und verständlich geschrieben und durchaus geeignet, den Arzt in den Gedankengang des Autors einzuführen und ihn zum Nachdenken bei den fraglichen Problemen anzuregen. Pincussen.

Analytisches Diagnostikum. Von Dr. Ernst Kraft, Kissingen. Vierte neubearbeitete Auflage. Ein Handbuch zum Gebrauch für Ärzte, Apotheker, Chemiker und Studierende. 464 Seiten. Mit 148 teils farbigen Abbildungen im Text und 5 farbigen Tafeln. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1931. Preis brosch. 22 M., geb. 24,60 M.

Das Buch hat schon durch das Erscheinen der 4. Auflage seine Eignung als Laboratoriums-Vademecum erwiesen. Es wird auch weiter für klinische Laboratorien ein guter Führer sein. Manche Methoden könnten noch fortfallen, so z. B. einige gasanalytischen Harnstoffmethoden; andere mit Uricometern, Purinometern, usw. müßten, da Annäherungsverfahren, als solche gekennzeichnet sein. Einige Methoden sind sehr

überholt, wie z. B. die Cammidge-Probe für Pankreasfunktionsprüfung: es fehlt dagegen die neuerdings wichtige Bestimmung der Diastase in Blut und Harn. Auch die Erkennung des Leuzins im Harnsediment sollte endlich verschwinden, sie ist wirklich fast niemals möglich. An Stelle der quantitativen Bestimmung des Leuzins und Tyrosins tritt besser die Bestimmung der Aminosäuren mit Naphthochinonsulfosäure: sie ist viel leichter und sicherer. Das sind einige kleine Wünsche, die sich noch unschwer erfüllen lassen. Sie sollen den Wert des bewährten Büchleins nicht herabsetzen: es sei bestens empfohlen. Pincussen.

Welche Rolle spielt Magnesium in den biologischen Vorgängen? Von Prof. Dr. Pierre Delbet. 38 Seiten. Verlag von Dr. Madaus & Co., Radebeul und Dresden. Preis 2,50 M.

Daß das Magnesium bei biologischen Vorgängen eine wichtige Rolle spielt, ist nicht zu bezweifeln. Was aber der Autor ins Feld führt, ist zum großen Teil Spekulation und durch nichts bewiesen: auch die angeführten Versuche müßten noch erhärtet werden. Es geht wirklich nicht an, eine Immunität der Brauereiarbeiter gegen Krebs zu konstruieren, weil das Bier verhältnismäßig viel Magnesium enthält. Wie bei vielen Dingen, wird auch bei den Ideen des Verf. ein wahrer Kern sein: ihn herauszuschälen, ist Verf. aber nicht gelungen. Pincussen.

Fortschritte der Heilstoffchemie. Herausgegeben von Dr. J. Houben. II. Abteilung: Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur. Dargestellt von Prof. Dr. J. Houben und Dr. E. Pfankuch. I. Band: Die aliphatischen und hydrierten isozyklischen Verbindungen. 1. und 2. Hälfte. 1 500 Seiten. Verlag von Walter de Gruyter & Co. 1930. Preis 240 M.

Die hier beginnende zweite Abteilung des großen Werkes präsentiert sich uns in Form zweier stattlicher Halbbände, die den Leser nach jeder nur möglichen Richtung hin über alles, was von den aliphatischen und hydrierten isozyklischen Verbindungen bekannt ist, informieren. Die gesamte Weltliteratur, über 600 Zeitschriften, die teilweise bis auf mehrere Jahrzehnte zurückdatieren, wurden zur Bearbeitung herangezogen, um ein absolut vollkommen geschlossenes Bild von der Chemie, Pharmakologie, Physiologie und den Nebenwirkungen der einzelnen Stoffe zu geben. Es ist bewunderungswert, daß es außer den Herausgebern nur sechs Bearbeiter sind, die in verhältnismäßig kurzer Zeit das riesige Material gesichtet und die Ergebnisse ihrer mühevollen Arbeit dargestellt haben. Durch die Heranziehung eines nur kleinen Mitarbeiterkreises wird eine Geschlossenheit des Ganzen erreicht, wie wir sie kaum in einem größeren Sammelwerke sonst finden können. Wie es sich für ein vorbildliches Nachschlagewerk gehört, ist die Darstellung rein referierend, alle abseitigen Theorien und etwaige besondere Meinungen der Verff. sind fortgelassen, so daß der Leser mit größter Wahrscheinlichkeit davon überzeugt sein kann, daß das meiste, was er erfährt, heute eine feststehende, durch exakte Wissenschaft gewonnene Tatsache ist. Das Werk gehört nicht nur zum unentbehrlichen Besitz des Pharmazeuten, Pharmakologen und Physiologen, sondern wird auch jedem Arzt willkommen sein, der sich wissenschaftlich und praktisch auf dem Gebiet der Natur und der Wirkung der Heilstoffe fortbilden will. Herausgeber, Bearbeiter und der Verlag können stolz darauf seln, die deutsche Medizin um dies vollkommene Nachschlagewerk bereichert zu haben. G. Zuelzer.

Die Blutgruppen und ihre Beziehung zu Pigment und Kopfform. Von Dr. Fritz Sell, Neinstedt. Z. f. Rassenphysiol., Bd. 3, H. 2. Verlag von Lehmann, München.

In einer klar geschriebenen geschichtlichen Besiedlungsgeschichte des Harz-Nordostrandes zeigt der Verf., vom Neolithikum bis zur Neuzeit, die starke Durchmischung der Bevölkerung in friedlicher Durchdringung und Kriegen. Mit Recht betont er, daß die erhöhte Verkehrsmöglichkeit und Industrialisierung nachteiligere Wirkungen erzeugen wird, als selbst der 30jährige Krieg. Die prozentuale Beteiligung der Gruppen ist wie folgt: AB 5,83 Proz.; A 40,33 Proz.; B 16,50 Proz.; O 37,33 Proz.

So nebenbei, in der Sprechstunde, hat ein älterer Landarzt erneut an 600 Fällen diese Untersuchungen angestellt. Möchte dieses Beispiel doch viele Ärzte anregen, aus der Einförmigkeit der Alltagspraxis sich zu erheben und ihr gewichtiges Scherflein für die Wissenschaft beizutragen. Der praktische Arzt ist berufen, seine große Erfahrung bei Kranken aller Art als wichtigen Prüfstein der Mitteilungen der großen klinischen Institute, die unter ganz anderen Bedingungen arbeiten, bekanntzumachen, statt schweigend und bescheiden beiseite zu stehen. Er spreche aus, was ihn bedrückt und in ihm arbeitet. Hauffe.

Lehrbuch der praktischen Physik. Von Friedrich Kohlrausch. 16., stark vermehrte Auflage. 860 Seiten mit 395 Figuren im Text. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig und Berlin 1930. Preis geh. 23 M., geb. 26 M.

Es ist vollständig überflüssig, ein Wort des Lobes über dieses Buch zu sagen, das eben seit seiner Entstehung „das" Nachschlagewerk des Experimentalphysikers ist. Seit dem Tode von F. Kohlrausch wird es von einer Reihe von Mitgliedern der physikalisch-technischen Reichsanstalt ständig den Fortschritten der physikalischen Forschung entsprechend ergänzt und erweitert. Es ist jetzt in der 16. Auflage erschienen.

Bei der Fülle der physikalischen Instrumente und Methoden, die heutzutage in der Medizin Anwendung finden, kann kein Zweifel sein, daß auch der Mediziner von dem Buch Gebrauch machen wird, wenn er tiefer in die Wirkungsweise dieser Methoden eindringen oder neuartige Methoden ausprobieren will. Es ist aber zu bedenken, daß das Buch für den Physiker geschrieben ist, und daß daher der Mediziner selbst bei bester physikalischer Vorbildung neben ihm noch ein Lehrbuch der Experimentalphysik wird benutzen müssen, wenn er es in solchen Fällen nicht vorzieht, einen Physiker zu Rate zu ziehen. G. Hettner.

V. Soziale Medizin, Ärztliche Rechtskunde, Gerichtliche Medizin, Standesangelegenheiten.

Notzuchtsdelikte. Ihre forensische Bedeutung und Begutachtung. Von Kurt Peschke und Paul Plaut. „Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychotherapie und medizinischen Psychologie" 14. Heft. 97 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis geh. 8 M.

Der „Allgemeine Teil" gibt die Tatbestände der Notzuchtsnormen nach geltendem und zukünftigen deutschen Strafrecht wieder (1), sondert dann den Begriff der Verführung von dem der Vergewaltigung (2) und entwickelt dann (3) den juristischen (a) und psychologischen (b) Begriff der Gewalt an der Hand von Beispielen. Die Erläuterung auf Grund der Lehre und Rechtsprechung folgt erst später (S. 63 bis 66) im „Speziellen Teil", der einen praktischen Strafprozeßfall „Fall A", bei dem die Verff. als Gutachter mitgewirkt haben, nach sorgfältiger Wiedergabe des Tatbestands und der Prozeßgeschichte in 5 Instanzen juristisch und psychologisch zergliedert (S. 36 bis 53). Die anschließende Kritik (S. 59 ff) enthält wertvolle Fingerzeige für das Verfahren des Richters, Staatsanwalts und Gutachters und für den Gesetzgeber bei einer Neuordnung des Strafprozesses. Senatspräsident Leonhard.

Gegen Fettsucht



Standardisiertes Schilddrüsen-Hypophysen-Präparat zur Behandlung der Fettsucht. Angezeigt auch bei Arthritis deformans.

»Richtlinien zur Behandlung der Fettsucht« sowie Muster und Literatur kostenlos.

Handelsformen: Glas mit 25 und 50 Tabletten, Klinikpackung mit 250 Tabletten.





Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg 26

Die Praxis der Auswertung von Toxinen und Antitoxinen

Von

Dr. med. Hans Schmidt
ao. Prof. der Hygiene, Marburg L.

VI, 87 S. gr. 8° 1931 Rmk 6.—

Inhalt: Allgemeine Vorbemerkungen. Das Pipettieren. Die Injektion bei Tieren. / 1. Das Diphtherietoxin und -antitoxin. / 2. Das Tetanustoxin und -antitoxin. / 3. Das Dysenterietoxin und -antitoxin. / 4. Das Botulinustoxin und -antitoxin. / 5. Das Gasbrandtoxin und -antitoxin. / 6. Das Pararauschbrandtoxin und -antitoxin. / 7. Das Toxin und Antitoxin des malignen Oedems. / 8. Das Toxin und Antitoxin des Bac. histolyticus. / Anhang: Beispiele häufig angewandter Berechnungen bei serologischen Arbeiten. Berechnungstabelle. — Literatur.

Zahlreiche Nachfragen nach Sonderdrucken seiner Darstellung der Methoden der Wertbestimmung von Diphtherietoxin und -antitoxin ließen den Verfasser annehmen, daß diese Arbeit einem Bedürfnis entsprochen hatte. Ist es doch für jeden schwierig, sich an Hand der Literatur in die Praxis der Wertbestimmungsverfahren einzuarbeiten. Er hat sich daher entschlossen, in dem vorliegenden kleinen Buch unter Fortlassung aller theoretischen Erörterungen den Versuch zu machen, die Wertbestimmungsverfahren der Toxine und Antitoxine nicht nur für die Diphtherie, sondern auch für Tetanus, Dysenterie, Botulinus und die Gasödemerreger so darzustellen, daß an Hand dieses Buches die Erlernung der Praxis dieser Methoden möglich ist. Der Abschnitt über die Toxine und Antitoxine der Erreger der Gasbranderkrankungen ist mit Absicht etwas kürzer gehalten, da auf diesem Gebiete vieles noch nicht endgültig ist.

Die kleine Schrift wird ihren Zweck, als Hilfsbuch im Laboratorium und zur Ausbildung technischer Assistentinnen zu dienen, zweifellos gut erfüllen und wird von allen Interessenten freudig begrüßt werden.

Ueber die gruppenspezifischen Substanzen des menschlichen Körpers

Von

Dr. med. Fritz Schiff
Abteilungsdirektor am Städt. Krankenhaus im Friedrichshain,
Privatdoz. a. d. Univers. Berlin

VI, 102 S. gr. 8° 1931 Rmk 5.—

Inhalt: Einleitung: **Arbeitsrichtungen auf dem Gebiete der Blutgruppen.** / **Ueber Vorkommen und chemisches Verhalten der menschlichen Gruppensubstanzen.** / I. **Ueberblick über unsere bisherigen Kenntnisse.** 1. Vorbemerkungen zur Nomenklatur. 2. Das serologische Verhalten der Gruppensubstanzen. 3. Chemische Natur der Gruppensubstanzen. 4. Vorkommen der Gruppensubstanzen im Körper. 5. Verbreitung der Gruppensubstanzen im Tierreich. / II. **Eigene Untersuchungen.** 1. Plan der Untersuchung. Chemische Natur und Vorkommen der Gruppenstoffe im Körper. 2. Die angewandten Methoden zum Nachweis der Gruppensubstanzen. 3. Experimentelle Untersuchungen an Körperflüssigkeiten und Organen. a) Untersuchungen an Flüssigkeiten: Harn. Speichel. Magensaft. Duodenalsaft. Galle. Milch. Blutserum. Liquor cerebrospinalis. b) Gruppensubstanzen in Organen. Zusammenstellung der Einzelbefunde zu a und b. 4. Das Verhältnis der wasserlöslichen zu den alkohollöslichen Gruppenstoffen. a) Einheit oder Vielheit des wirksamen Prinzips. b) Versuche zur Ueberführung des gruppenspezifischen Lipoids in wasserlösliche Form. c) Schlußfolgerungen aus den Versuchen zu a und b. / Anhang: Die Bedeutung der wasserlöslichen Gruppenstoffe für den forensischen Gruppennachweis. / Schlußfolgerungen: Zusammenfassung.

Durch Heranziehung der Blutgruppen sind wiederholt Fragen der Physiologie und Klinik des Blutes gefördert worden, so die Frage nach der Lebensdauer der Erythrozyten und nach dem Wesen der perniziösen Anämie. Dagegen fehlt es noch an einer klinisch-physiologischen Auswertung der gruppenspezifischen Differenzierung von Körperflüssigkeiten und Organen. Die vorliegende Studie soll Physiologen und Kliniker zur Mitarbeit auf diesem Gebiet anregen. Besonders interessant sind Schiffs Befunde über den Dualismus der Gruppenstoffe. Er liefert durch seine Untersuchungen den Nachweis, daß nahezu der gesamte Organismus in seinen Zellen und Säften erhebliche Mengen wasserlöslicher (nicht lipoidaler) Gruppenstoffe enthält, so daß also die wasserlöslichen neben den alkohollöslichen Gruppenstoffen zweifellos eine besondere Rolle spielen.

Notizen.

Erleichterter Ferienaufenthalt. Ein Leser unserer Zeitschrift hat uns gebeten, für einen erleichterten Ferienaufenthalt der Ärzte einzutreten. Er schreibt: „Vielfach haben Stadtärzte den Wunsch, eine Zeitlang vor allem ihrer Kinder wegen auf dem Lande zu leben, vielfach wollen aber auch Landärzte eventuell eine Zeitlang in der Stadt leben, um Theater, Konzerte u. dgl. besuchen zu können. Es wäre doch das einfachste von der Welt, wenn solche Ärzte sich miteinander in Verbindung setzten und eventuell eine kurze Zeit (2—4 Wochen) ihre Praxis austauschten. Der Landarzt macht die Praxis in der Stadt und hat abends Gelegenheit, ins Theater zu gehen, und der Stadtarzt versieht die Praxis auf dem Lande und schafft dadurch seiner Familie einen angenehmen Familienaufenthalt." Wir stellen diesen Vorschlag hiermit zur Diskussion und bitten Ärzte aus Stadt und Land zu dem Gedanken Stellung zu nehmen.

Ein neues Kaiser-Wilhelms-Institut für Krebsforschung ist in Berlin-Dahlem errichtet worden. Es steht unter der Leitung des bekannten Krebsforschers Dr. Otto Warburg, der bekannt geworden ist durch seine Forschungen über den Stoffwechsel der Zellen. Der Neubau wurde durch die Rockefeller-Stiftung ermöglicht. Seine Unterhaltung ist durch den Ertrag einer großzügigen Stiftung der Tochter eines der ältesten Mitglieder der Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft, des Herrn Dr. Grandenwitz, gesichert.

Normung von Verbandstoffen. Der Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok) hat nunmehr die Normung von Verbandwatte und Verbandgeweben abgeschlossen. Die Wattequalitäten sind auf drei Sorten und die Gewebe auf vier Mullsorten, zwei Cambricsorten und eine Sorte Steifgaze beschränkt worden. Die Zusammensetzung der genormten Watten und Gewebe ist genau festgelegt, so daß die Verbraucher überall, wo sie nach den Fanoknormen bestellen, eine gleichbleibende und gleichwertige Ware erhalten. Die entsprechenden Normblätter DIN Fanok 15 (Verbandwatte, Zellstoffwatte) und Fanok 16 (Verbandmull, Steifgaze, Cambric) können vom Beuth-Verlag, Berlin S. 14, Dresdenerstr. 97, bezogen werden.

Veröffentlichungen aus der Gewerbe- und Konstitutionspathologie

Mit Unterstützung des Reichsarbeitsministeriums herausgegeben von

L. Aschoff Freiburg i. Br. **M. B. Schmidt** Würzburg **M. Borst** München **L. Pick** Berlin

geleitet von **W. Koch,** Berlin-Westend

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Heft 25:

Ueber die Ausbreitung und Anatomie der unterfränkischen Struma (unter Berücksichtigung des Kretinismus). Von Dr. med. Hans Willer, Assist. des Pathol. Instituts der Universität zu Würzburg. Mit 14 Abbildungen im Text, einer Karte u. 2 Tafeln. V, 76 S. gr. 8° 1930 Rmk 7.50

Der Umfang, den die Kropfliteratur in den letzten Jahrzehnten angenommen hat, könnte den Anschein erwecken, als ob die große Mehrzahl der Probleme ihre Lösung gefunden hätte. Das ist jedoch bei weitem nicht der Fall. Auch die hier veröffentlichten Beobachtungen und Untersuchungen können noch keine Anhaltspunkte für eine einheitliche Aetiologie der unterfränkischen Struma erbringen. Ihr besonderer Wert liegt darin, eine Grundlage für die weitere Erforschung der unterfränkischen Endemie gegeben zu haben. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Anatomie, Histologie und Histotopographie bisher überhaupt noch keine umfassende Bearbeitung gefunden hatte.

Heft 26:

Beiträge zur Histologie, Pathologie und Einteilung der arteriosklerotischen Hirnerkrankung. Von Dr. Karl Neubürger, Prosektor der Deutschen Forschungsanstalt f. Psychiatrie, Eglfing b. München. Mit 33 Abbildungen im Text. V, 118 S. gr. 8° 1930 Rmk 8.—

Der Verfasser gibt hier einen Ueberblick über den heutigen Stand des Wissens von den Hirnveränderungen bei zerebraler Arteriosklerose und Hypertonie; dabei legt er einmal besonderes Gewicht auf die Veränderungen am nervösen Parenchym, die im Gefolge der Erkrankung zerebraler Gefäße auftreten und die vornehmlich die Grundlage der klinischen Krankheitsbilder bedeuten. Zweitens wird versucht, pathogenetischen und konstitutionspathologischen Fragestellungen nachzugehen, die sich beim Studium der zerebralen Arteriosklerose ergeben. Dies geschieht unter Heranziehung der gesamten Fälle der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in Eglfing bei München, aber mit besonderer Berücksichtigung von Standardfällen, die aus einem großen Material als charakteristisch ausgewählt worden sind.

Heft 27:

Schilddrüse und Kropf am Niederrhein. Morphologische, chemische, klinische und vergleichend-geographische Untersuchungen. Von Victor Orator und Hans Schleußing, Düsseldorf. Mit 25 Abbildungen, 13 Kurven und 12 Tabellen im Text. 118 S. gr. 8° 1930 Rmk 9.—

Die Verfasser haben sich bemüht, durch ausgedehnte Schilddrüsenstudien in der anscheinend kropfarmen Gegend des Niederrheins weitere Beiträge zur Pathogenese des Kropfes zu liefern. Veranlassung gab die Beobachtung der fast epidemischen Jugendkropfwelle der Nachkriegszeit in Wien an der Eiselsbergschen Klinik, weiterhin eine Arbeitszeit in dem altendemisch-kropfverseuchten Steiermark. Die Untersuchungen beruhen auf breitem Material und sind pathologisch-anatomisch von einwandfreier Exaktheit.

Heft 28:

Quarzstaub, Schwielenlunge und Lungentuberkulose. Von Dr. Willy Giese. (Aus dem Pathologischen Institut des Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) Mit 14 Abbildungen im Text u. 5 farb. Tafeln. VI, 64 S. gr. 8° 1931 Rmk 9.—

Die Untersuchungen der letzten Jahre haben immer mehr ergeben, daß die Gefährlichkeit einer Staubart von ihrem Gehalt an freier Kieselsäure abhängt, daß also nach Einatmung von reinem Quarzstaub die schwersten Schädigungen zu erwarten sind. Und neuerdings stehen die meisten Untersucher schon auf dem Standpunkt, daß für die typische knötchenförmige Staubschwielenlunge der Quarzstaub vorwiegend, vielleicht sogar ausschließlich verantwortlich zu machen ist.

Die Beobachtung eines Falles von ungewöhnlich schnell verlaufender Pneumokoniose nach Beschäftigung in einem Betrieb, der Gelegenheit zur Einatmung großer Mengen von Quarzstaub bot, veranlaßte den Verfasser, mit dieser Schrift auf diese bösartigste der Staublungenerkrankungen ausführlicher einzugehen.

Heft 29:

Die Staublungenerkrankung der Bergleute im Ruhrkohlenbezirk. (Ergebnisse pathologisch-anatomischer Untersuchungen.) Von Dr. med. K. Husten, Prosektor am Knappschafts-Krankenhaus in Essen-Steele. Mit 4 Abbildungen im Text. V, 54 S. gr. 8° 1931 Rmk 3.—

Die echte reine Steinstaublunge ist eine chronisch-fibroblastische Lymphangitis der Lunge und Pleura und Lymphadenitis. Sie führt zu geringer Knötchenbildung in Anlehnung an die Lymphwege; es besteht Lungenemphysem.

Nachdem durch das Gesetz vom 11. Februar 1929 die Steinstauberkrankung der Lungen als Berufskrankheit dem Berufsunfall betreffs der Entschädigungspflicht gleichgestellt ist, hat diese Erkrankung eine ganz erhebliche praktische Bedeutung gewonnen. Husten behandelt zunächst den Stand der Staublungenfrage, dann sein eigenes Untersuchungsmaterial und die statistische Auswertung. Es folgen Abschnitte über die Kreislauforgane und Staublunge und über das Wesen der Staublunge, und zum Schluß werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefaßt.

Kälte und Infektion

Neurithrit Tabletten à 0.35

(chem. Reaktionspräparat aus Strontium, Kalzium, Thio-Chinin, Verimid, Phenylchinolincarbonsäure und Acetylsalicylsäure, Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon und Bromvalerianylharnstoff)

Souveränes Sedativum Antipyreticum u. Anodynum. Klinisch bewährt
Indikationen: Rheuma, Grippe, Influenza und Katarrhe der oberen Luftwege; Neuralgien aller Art

Röhrch. (10 Stck.) M. 0.75
„ (20 Stck.) M. 1.20
1/1 Sch. (40 Stck.) M. 2.30

Rheumasan D. R. P.

Esterhaltiges Salicyl-Salben-Seifenpräparat mit schwefelhaltigen Ölen
Standard-Präparat für die zuverlässige transkutane Salicyl-Therapie bei rheumatischen und arthritischen Affektionen, Myalgien

KP.-Tube M. 0.80
Doppel-KP.-Tube M. 1.40
1/1 Tube M. 2.—

Lenirenin

rein (staubfeines Lenicet-Nebennierenpräparat)
Stypticum. Prompte Ischaemie, Abschwellung der Schleimhaut, Abnahme der Sekretion, Anaesthesie auf Basis pharmakodynamischer Kombinations-Wirkung
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis, Epistaxis

KP. (1,25 g) M. 0.60
5 g M. 1.50
12,5 g M. 3.—

Lenirenin-Salbe

(mentholfrei)
Anaemisierend, antiphlogistisch, sekretionsbeschränkend, juckstillend
Augen-, Nasen-, Ohren-, Schleimhaut- und Wund-Salbe
(Auch Säuglingsschnupfen)

Tube (Olivansatz) M. 1.40

Lenirenin-Schnupfen-Salbe

Synonym: Solvorenin-Schnupfen-Salbe
(mentholhaltig)
Rhinitis (nicht für Säuglinge), für diese die **Lenirenin-Salbe**

Tube (Olivansatz) M. 0.60

Bei Kassen zugelassen *Literatur und Proben*

Dr. Rudolf Reiss
Rheumasan- und Lenicet-Fabrik
Berlin NW 87/37

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.